

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.	PAGES.
<i>Oblitération du col chez les femmes enceintes</i> , par le docteur Elphège A. René DE COTRET, médecin de la Maternité, professeur adjoint d'obstétrique.....	705
<i>Quelques notes à propos d'un cas de syringomyélie suivi d'autopsie</i> , par le Dr DUBÉ, de l'Hôtel-Dieu.....	715
COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES.	
<i>Tuberculose pulmonaire et intestinale chez un homme de 59 ans</i> (DUBÉ).....	724
<i>La cocaïne en chirurgie</i> (MERCIER).....	725
<i>Fièvre intermittente</i> (GAUTHIER).....	728
<i>Infection généralisée suivie de mort chez un cirrhotique avec ascite</i> (DUBÉ).....	730
<i>Monstruosité double</i> (GARCEAU).....	731

(Voir la suite, page 3.)

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

LISTERINE

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

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

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

Affections causées par la DIATHESE URIQUE

LAMBERT'S LITHIATED HYDRANGEA

Altérant des Reins—Anti-Lithique

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

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

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

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

Dr J. LEDUC & Cie

Pharmaciens-Chimistes EN GROS ET EN DÉTAIL.

2052 et 2054 RUE NOTRE-DAME, Carré Chaboillez,

MONTREAL

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

AU-DESSOUS DU PRIX COUTANT

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

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

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

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

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

BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de
campagne.

Fleurs sèches.—Parfums,

Articles de toilette, etc.

 Prescriptions remplies avec soin. 

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

DR J. LEDUC & CIE

2052 & 2054 RUE NOTRE-DAME

Carré Chaboillez, Montreal.

SOMMAIRE (Suite)

PAGES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE QUÉBEC ; séance	
du 15 octobre 1898, tenue au <i>Protestant Hospital for the Insane</i> , Verdun (E. P. Chagnon).....	242
<i>Certificat médical et internement</i> (VILLENEUVE).....	742
<i>Influence d'un traumatisme sur l'état mental</i> (CHAGNON).....	744
<i>Deux cas de troubles psychiques post-opératoires</i> (CHAGNON).....	745
<i>Alcoolisme et responsabilité ; aspect social et administratif de la question</i> (VILLENEUVE).....	746
REVUE DES JOURNAUX.	
GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.	
<i>Des avortements en général et de leur thérapeutique en particulier</i>	757
<i>Opérations obstétricales</i>	761
COURRIER DES HOPITAUX.	
<i>Aux électeurs de " L'Union Médicale du Canada "</i>	763

J. H. CHAPMAN.

2294 — RUE STE-CATHERINE — 2294

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

BELL TELEPHONE 4396.

Instruments de Chirurgie de toutes sortes et de première qualité

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

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

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

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

EXPOSITIONS UNIVERSELLES

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



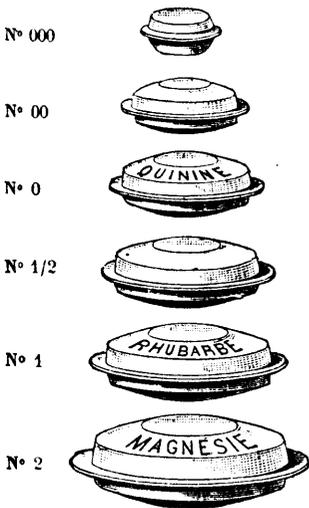
CACHETS DIGNE

SOUPLES
RÉSISTANTS
CONSERVATION INDÉFINIE

Appareils

CAPELLIFORMES

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



HYPERCONCAVES
No 00 — 0 — 1/2 — 1 — 2 et 3.



No 00. No 0, etc.

CONCAVES

FORME BASSE Nos 1 — 2 et 3.



No 1, etc.

EXPEDITIF-SIMPLIFIÉ

cacheur des Cachets concaves et Hyperconcaves.

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

CACHETS DE COULEUR

Envoi franco d'Échantillons, Prospectus, Prix-Courants

J^e DIGNE et C^{ie}, boulevard St-Charles, 97 et 99, MARSEILLE.

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

CACHETEUR COMPRESSO-DOSEUR des Cachets comprimés

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

Les Cacheurs n'ont plus qu'à les fermer.
Les Cachets sont toujours bien remplis et du plus petit volume possible.



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

CACHETEUR DES CAPELLIFORMES dit « *Compresso-Cacheteur* »

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

BOITE, DE 3 — 4 — 5 — 6 GRANDEURS.

Compresso-Doseur seul.

Cacheteur seul.

Compresso-Doseur et Cacheteur réunis.

TRAVAUX ORIGINAUX

OBLITÉRATION DU COL CHEZ LES FEMMES ENCEINTES.

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

L'oblitération du col chez la femme enceinte est une lésion assez rare pour que son existence ait pu être mise en doute par des auteurs de renom, entre autres Velpeau, qui n'y croyait pas.

Charpentier en distingue deux variétés : *l'agglutination de l'orifice externe et l'oblitération complète du col.*

I. " *L'Agglutination de l'orifice externe*, dit Lusk (1), ou la soudure des lèvres de cet orifice, est due à l'accolement superficiel des surfaces muqueuses opposées, par l'intermédiaire d'un épithélium épaissi ou d'un tissu connectif embryonnaire résultant d'une inflammation adhésive liée à une vaginite ou à une endométrite cervicale."

II. L'oblitération complète peut porter seulement sur l'orifice interne ou l'orifice externe et quelquefois sur les deux à la fois en même temps que sur le canal intermédiaire, comme dans l'observation que je vais rapporter. Le tissu est alors comme aponévrotique. Les lèvres sont intimement soudées, il n'y a plus d'ouverture reconnaissable, pas même de dépression indiquant l'endroit où se trouvait l'orifice externe. L'agglutination de l'orifice externe et l'oblitération complète ne constitueraient, d'après Depaul, que des degrés plus ou moins avancés d'un seul et même processus morbide.

On rencontre plus souvent l'oblitération partielle que l'oblitération complète.

Etiologie.—Il est évident que l'oblitération n'a pu se produire qu'après la conception. Quelquefois la grossesse n'a fait qu'activer le travail d'oblitération déjà commencé.

(1) *The Science and Art of Midwifery*, by William Thompson Lusk.

Parmi les causes qui produisent cette soudure, Ernest Ozo, dans sa thèse (1), mentionne les granulations marquées de vaginite, la blennorrhagie, la suppuration abondante des organes de la génération à la suite d'une craniotomie, les kystes purulents siégeant sur le col, les manœuvres pour amener l'avortement, telle l'injection de cendres diluées dans l'eau et l'emploi des instruments.

" Ces causes, dit Ozo, sont médiates et ne provoquent l'oblitération que par la métrite cervicale qu'elles déterminent."

Ozo cite encore les traumatismes qui, exercés sur le col, peuvent produire sur la muqueuse un véritable avivement amenant à sa suite la fermeture de l'orifice, telles les cautérisations avec le nitrate d'argent, le perchlorure de fer, le fer rouge.

" L'oblitération du col peut encore reconnaître pour cause une grossesse survenant rapidement après un autre accouchement, au cours duquel seraient faites des déchirures du col." (Ernest Ozo.)

" Ces traumatismes, nous dit Boyer, amèneront sur le pourtour de l'orifice externe des érosions, des déchirures plus ou moins considérables. La réparation de ces lésions qui peuvent, dans quelques cas, être très étendues se fera au moyen de tissu cicatriciel, de telle sorte que nous pourrions avoir après l'involution un orifice dont les bords seront formés par un anneau cicatriciel. De cet anneau partiront dans diverses directions des brides du même tissu. Le tissu cicatriciel éminemment rétractile tendra à oblitérer de plus en plus le canal cervical." (Ernest Ozo.)

D'après Depaul les cautérisations et les injections ne peuvent produire à elles seules l'oblitération complète du col. Pour cet auteur, il faut y ajouter les modifications spéciales que la grossesse imprime aux organes de la génération. Comment expliquer, en effet, l'oblitération chez la primipare qui n'a pas eu d'injection ni de cautérisation? Par le fait seul de la suractivité qui s'opère pendant le ramollissement du col, comme le veut Bain? Ozo trouve dans l'infection un facteur puissant qui vient prêter son concours à cet état de vitalité particulier favorisant l'inflammation.

" L'ensemencement du col, la métrite consécutive, voilà la véritable cause. Hors la gestation, l'existence de cette agglutination est rendue singulièrement plus difficile. Périodiquement le col est traversé par le sang des règles et cette cause suffit à maintenir la perméabilité de l'orifice. Au contraire, par le fait de la grossesse, cet obstacle n'existe plus, les tissus de néoformation peuvent proliférer à l'aise,

(1) Oblitération du col chez les femmes enceintes, 1887, Ernest Ozo.

nir, agglutiner les orifices et les parois du canal cervical. Dans ces cas où la métrite cervicale n'est point signalée, n'existerait-elle pas à un très léger degré, et au moment du ramollissement du col ne peut-elle pas subir une exacerbation par le fait même de l'état de vitalité spéciale de l'organe?... En outre, souvent dans l'oblitération du col, on trouve une rigidité de l'organe, rigidité évidemment pathologique, marchant de pair avec l'oblitération, reconnaissant comme elle une même cause, une même étiologie." (Ernest Ozo.)

Symptômes et diagnostic.—Pas ou presque pas de signes qui permettent de diagnostiquer l'oblitération du col pendant la grossesse. Chez la primipare, comme le col est fermé jusqu'au moment de l'accouchement, il est presque impossible de s'en apercevoir, surtout quand l'oblitération siège à l'anneau interne; mais chez la multipare l'orifice externe devant être béant, un examen minutieux peut permettre de constater l'agglutination des lèvres du col, surtout quand on brise des adhérences.

C'est généralement pendant le travail qu'on découvre l'oblitération du col. La femme est en proie à des douleurs pénibles et infructueuses. Si le travail dure déjà depuis longtemps le doigt peut toucher le segment inférieur de l'utérus très distendu et coiffant la partie de l'enfant qui se présente et s'est engagée.

Quant à ce qui regarde les symptômes et le diagnostic, Charpentier fait deux variétés d'oblitération complète du col: 1° oblitération de l'orifice interne; 2° oblitération de l'orifice externe.

1° Oblitération de l'orifice interne.—Cette variété expose aux erreurs de diagnostic plus facilement que l'oblitération de l'orifice externe. Par le toucher, en effet, on constate une portion vaginale du col plus ou moins saillante; l'extrémité du doigt pénètre dans l'orifice externe ouvert, et si l'examen n'est pas minutieux, on croit que tout est normal et on laisse l'accouchement à lui-même. Ce n'est qu'après un travail long, fatiguant et des contractions utérines infructueuses qu'on s'aperçoit que l'anneau interne n'est pas plus dilaté. Le doigt voit alors à l'orifice interne une cloison complète et le spéculum introduit dans le vagin permet de constater la soudure complète de l'orifice interne.

2° Oblitération de l'orifice externe.—Variété la plus fréquente. "Ce qui frappe tout d'abord, c'est la présence, au fond du vagin, d'une tumeur lisse et arrondie, ordinairement assez profondément engagée, et de consistance assez ferme, lorsque la tête se présente; sur cette tumeur, on ne trouve aucune saillie, aucun orifice, aucune dépression rappelant la trace du col." (Charpentier.) Quelquefois la

tête, complètement engagée et descendue dans l'excavation, peut former une tumeur à la vulve.

On peut sentir quelquefois une légère fossette, une rugosité, ou un point plus ramolli. Cette dépression ou ce point moins résistant se trouvent généralement en haut, en arrière.

Dans l'observation que je cite, en écartant la vulve avec les doigts, on voyait une tumeur plus ou moins transparente, luisante comme une poche des eaux bien bombée et prête à se rompre. C'était la paroi postérieure du vagin repoussée par la présentation et surtout par la poche amniotique. On aurait dit que cette poche se formait dans la dernière partie du gros intestin, dans le rectum et aurait voulu faire éruption à travers les parois rectale et vaginale postérieure dans le vagin. Voici comment j'explique la chose : la partie moyenne du vagin se contractait circulairement, tandis que la partie supérieure, poussée par la poche des eaux coiffée du segment inférieur de l'utérus, s'engageait en arrière de cet anneau de contraction et s'*invaginait* dans le rectum dont la paroi antérieure était attirée en avant par ce même anneau. Nécessairement dans ce cas le col de l'utérus aurait dû être dirigé en avant et en haut. Contrairement à ce qu'on observe dans les cas d'oblitération du col, ma malade perdait beaucoup en blanc, plutôt en jaune, et le vagin au lieu d'être sec était souillé, non pas par des mucosités et du liquide amniotique comme on le remarque dans les accouchements normaux, mais par une sécrétion purulente, très fétide, qui ne venait pas du col ni de l'utérus.

Dans l'oblitération du col le vagin est sec. Point de mucosités, point de liquide amniotique, à moins que l'orifice interne seul soit oblitéré, le canal cervical et l'orifice externe étant libres.

On peut confondre l'oblitération avec les déviations du col, quand celui-ci est difficile à atteindre, quand il est porté très en arrière et en haut—obliquité antérieure—ou en avant et au-dessous du pubis—obliquité postérieure.

Les vices de conformation de la portion vaginale de l'utérus peuvent aussi donner le change. Le vagin peut s'insérer sur le bord du col, dans ce cas l'ouverture du col est généralement petite. Le croisement des deux lèvres du museau de tanche peut tromper : la lèvre postérieure vient couvrir et embrasser la lèvre antérieure. Les rétrécissements et les brides cicatricielles du vagin peuvent être une autre source d'erreur.

“ Le col utérin peut présenter lui aussi une curieuse difformité consistant en un cloisonnement incomplet par un repli transversal

donnant l'idée d'un second col emboîté dans le premier (Pozzi) et pouvant être confondu avec une oblitération de l'orifice interne." (Ernest Ozo.)

L'examen minutieux des parties avec le doigt et le spéculum permettra de lever tous les doutes. Il y a avantage à examiner la malade dans les deux positions obstétricale et genu-pectorale. Lugeol prétend que dans cette dernière position, la tête du fœtus en s'éloignant du segment inférieur permet d'explorer plus facilement le vagin. L'accoucheur se sert d'un ou de deux doigts et même, au besoin, il ne doit pas hésiter à introduire la main entière. Le doigt explorera en tous sens le vagin, les culs-de-sac et les insertions utéro-vaginales. Il saisira la moindre dépression, la moindre différence de densité de tissu. Pour raffermir son diagnostic, l'accoucheur s'aidera de la vue. Il introduira dans le vagin un spéculum, de préférence les valves de Sims.

Pronostic.—Il est évident que le pronostic ne sera pas le même s'il s'agit d'une simple agglutination ou d'une oblitération complète. Insignifiant dans le premier cas, il devient plus grave dans le second. Cependant, comme à la simple agglutination s'ajoute souvent la rigidité du col qui reconnaît la même cause, on peut voir le travail se prolonger et compromettre la vie de l'enfant et épuiser la mère.

Ces mêmes craintes aggravées se présentent dans l'oblitération du col. L'utérus s'épuise en vains efforts et quand on a détruit les adhérences, il lui reste souvent à combattre la sclérose du col et sa rigidité plus ou moins accentuée.

L'éclampsie peut être la conséquence d'une trop longue temporisation.

Il est bon de signaler la possibilité de la rupture de l'utérus. Du côté de l'enfant, le pronostic est assez sombre par suite de la longueur du travail et de la nécessité fréquente d'appliquer le forceps.

N'oublions pas de dire que les récidives sont possibles.

L'avortement ne reconnaît pas l'oblitération comme cause, mais est plutôt l'effet de la même cause qui produit l'oblitération.

Charpentier et Jardine citent chacun une observation d'oblitération avec prolongation de la grossesse.

Traitement.—Ernest Ozo pose ces deux questions : A quel moment faut-il intervenir ? En quoi consistera l'intervention ?

L'opinion des auteurs est divisée quant au moment de l'intervention si l'agglutination ou l'oblitération sont reconnues au cours

de la grossesse. Porak et Courvoissier rompent les adhérences et ne produisent pas l'avortement. Depaul attend au contraire le travail et les bonnes contractions utérines.

Il y a encore divergence d'opinions quand l'oblitération n'est diagnostiquée qu'au début du travail. Charpentier attend jusqu'à ce qu'il soit certain que la nature est impuissante à briser seule les adhérences. Ozo, à la suite de Porak, veut les rompre aussitôt le diagnostic fait.

Depaul est plus explicite dans son enseignement : " Inter-
" venir (1) en temps utile n'est pas aussi simple qu'on pourrait l'ima-
" giner. Ce n'est pas seulement par le temps plus ou moins long
" qui s'est écoulé depuis le début du travail qu'on doit intervenir.
" Il faut tenir compte de la faiblesse ou de la violence des contrac-
" tions de la matrice, de leur retour fréquent, ou des longs interval-
" les qui les séparent, de la réaction plus ou moins vive qu'elles pro-
" voquent du côté de l'organisme, enfin de l'influence qu'elles
" exercent du côté de la circulation fœtale, influence dont l'auscultation
" permet de mesurer les degrés divers..... Mais il ne faut jamais
" perdre de vue que l'éclampsie et la rupture de l'utérus peuvent
" être la conséquence d'une trop longue temporisation."

Le doigt cherche d'abord l'endroit où devrait se trouver l'orifice du col. Il peut sentir une saillie cylindrique plus ou moins allongée, formée par le museau de tanche; d'autres fois, il a pour se guider une dépression ou une différence de densité de tissu. Il cherche à rompre les adhérences surtout au moment de la contraction utérine. Si le doigt ne réussit pas à se frayer un chemin, on peut se servir d'un instrument mousse, d'un stylet, d'une pince dont on écarte les mors. S'il existe dans la dépression un pertuis on y introduit un stylet en lui faisant exécuter des mouvements circulatoires et l'on continue à agrandir l'ouverture avec une sonde métallique, une pince ou le doigt. Quand rien n'indique de terminer l'accouchement hâtivement, on peut recourir aux corps dilatants (tiges de laminaria, éponges préparées, etc.).

S'il n'y a aucun pertuis, on cherche à le créer en faisant exécuter au stylet des mouvements de vrille, on le dirige obliquement, on ne va pas trop vite. (N. Charles.) Le stylet une fois introduit, on continue la dilatation comme je viens de l'indiquer.

On a vu recours à l'hystérotomie vaginale quand ce moyen échouera. La femme est placée dans la position obstétricale. Sur un

(1) Ernest Ozo : Oblitération du col chez les femmes enceintes.

ou plusieurs doigts de la main gauche poussés jusqu'aux vestiges du col, on glisse un bistouri dont on a limité la portion coupante à un centimètre environ. *On éraille peu à peu et obliquement* les fibres musculaires ; on a soin de ne pas traverser complètement la paroi et de terminer l'ouverture avec la sonde ou le doigt. (N. Charles.) On peut agrandir cette ouverture par des incisions multiples. D'ordinaire la dilatation s'achève spontanément.

N. Charles, de Liège, se sert avec avantage, au lieu du bistouri, d'une tige de fer pointue, qui éraille, et écarte peu à peu et obliquement les fibres. Le même auteur donne le conseil suivant : s'il n'y a aucune trace du col, ni éminence, ni dépression, ni point limité résistant ou ayant une coloration spéciale, on agit sur la partie la plus déclive, la plus accessible de la tumeur utérine.

Ne pas oublier les règles de l'antisepsie la plus rigoureuse.

OBSERVATION.

Le 14 octobre 1898, j'étais appelé à St-Laurent par un confrère, M. le Dr Groulx. Il s'agissait d'un cas d'oblitération du col chez une parturiente dont voici l'histoire :

Madame J. L., primipare, âgée de 21 ans, est couturière. Son occupation est de coudre à la machine des chemises de toile.

Madame L. est brune, bien développée : squelette normal. Le cœur et les poumons sont sains ; pas de varices. Madame L., dont les antécédents héréditaires sont bons, a toujours bien marché depuis l'âge de onze mois. Elle a été réglée à 12½ ans. Les menstrues irrégulières, revenant après 15, 20, 30 ou 40 jours, sont particulièrement douloureuses et durent de 5 à 6 jours. Le sang en est noir et d'une odeur infecte. La première fois que les règles sont apparues ce fut un vrai déluge. Durant l'époque intermenstruelle, il y a des pertes jaunâtres, irritantes, fétides. Madame L. souffre de la matrice surtout depuis 2 ou 3 ans. Elle dit s'être fait soigner pour le mal de matrice, sans cependant avoir suivi aucun traitement directement dans le vagin ou à l'utérus. Elle a pris des remèdes à l'intérieur. Mais jamais on ne lui a fait d'application d'aucune sorte.

Elle a été réglée la dernière fois entre le 12 et le 19 février 1898, et a perçu les premiers mouvements actifs du fœtus à 4 mois. Elle a souffert de vomissements pendant les premiers mois de la grossesse. Les pertes blanches n'ont pas diminué et l'odeur en est aussi nauséabonde.

Le travail d'accouchement se déclare le 12 octobre, vers les 4

heures p. m. Les douleurs augmentent durant la soirée et la nuit. Le lendemain l'intensité des contractions est exagérée. La malade souffre beaucoup; elle est découragée. L'accouchement n'est pas beaucoup plus avancé qu'aux premières douleurs, si ce n'est que le segment inférieur est plus mince. M. le Dr Groulx ne trouve pas plus de col que la veille. Le diagnostic de la présentation est parfaitement établi par le palper, l'auscultation et le toucher. À travers le segment inférieur de l'utérus, mon confrère touche les différentes sutures et fontanelles. Le fœtus est en O.I.D.A.

Le 14 octobre, vers 10 heures a. m., voyant que les douleurs sont intolérables, que les contractions d'une extrême acuité sont infructueuses et que ses examens répétés sont inutiles dans sa recherche du col, M. le Dr Groulx me fait appeler par téléphone.

À midi, à mon arrivée à St-Laurent, voici le résultat de mon examen : la malade, surprise par la présence d'un médecin qu'elle ne connaît pas, dit n'avoir plus de douleur. Elle paraît fatiguée, épuisée; elle se plaint de sa tête. Ses jambes et ses pieds sont œdématisés. Le fond de l'utérus est à 8 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La patiente, ayant pris un purgatif et 2 lavements, a des selles fréquentes. Elle perd beaucoup en blanc; c'est une sécrétion épaisse et fétide. La sonde introduite dans la vessie n'amène pas d'urine. Le palper est facile. Les doubles battements du cœur du fœtus s'entendent bien. Le toucher est tout à fait remarquable. En écartant simplement les lèvres très œdématisées on aperçoit la partie postérieure du vagin faisant saillie à la vulve. Cette partie du vagin fortement distendue donne l'illusion de la poche des eaux bombante.

Le doigt introduit plus haut dans le vagin sent comme un anneau de contraction séparant le vagin en deux parties inégales : un tiers supérieur et 2 tiers inférieurs.

La tête est au détroit supérieur et tend à s'engager en asynclitisme postérieur. Les contractions violentes ont amené l'amoindrissement du fœtus (1er temps de l'accouchement) et les eaux de l'amnios chassées énergiquement vers l'excavation ont distendu postérieurement le segment inférieur qui semble s'engager ou plutôt s'invaginer dans le rectum et repousser celui-ci ainsi que la paroi postérieure du vagin à travers la vulve.

Une exploration minutieuse, longue et patiente pendant au-delà d'une demi-heure ne me permit pas de découvrir le col. J'examinai soigneusement les culs-de-sac, et rien. Un peu en avant et parallèlement au diamètre antéro-postérieur, je crus cepen lant toucher un

point un peu moins dense, mais ne cédant pas sous une pression modérée. L'examen au spéculum fut encore plus négatif : absolument rien.

Nous laissâmes reposer la parturiente pendant deux heures, après lesquelles M. le Dr Groulx lui administra le chloroforme. Je répétai aussi attentivement mon examen, ne laissant pas un coin inexploré. Je ne fus pas plus fixé à ce moment. Je crus encore remarquer ce petit point de densité moindre qui m'avait bien peu frappé quelques heures avant parce que la différence était très peu tranchée. Peut-être aussi mon esprit s'imaginait-il trouver ce caractère parce que mon doigt aurait dû toucher là le col dans un cas normal. Je résolus de frayer un passage à cet endroit. Des pressions très énergiques avec l'extrémité du doigt ne réussirent pas de suite ; mais avec de la patience et des efforts réitérés je finis par vaincre l'obstacle. Je sentis tout à coup un déchirement sous le doigt en même temps que je touchais, avec la pulpe du doigt regardant en arrière, comme une petite ficelle tendue qui me donnait la même sensation qu'on perçoit en examinant pendant une contraction, un col effacé et quelque peu dilaté.

J'étais réellement dans le col et j'avais brisé les adhérences qui l'oblitéraient. Je continuai avec le doigt, par des mouvements de vrille, à déchirer le tissu de nouvelle formation. J'avais la même impression que si j'avais défait de vieilles et fortes adhérences entre les deux plèvres.

Le col, à travers l'épaisseur duquel on pouvait un instant auparavant sentir facilement les sutures ou les fontanelles, avait encore conservé toute sa longueur. En écartant les dernières fibres, je rompis sans le vouloir les membranes de l'œuf. Ces dernières étaient adhérentes à l'anneau interne du col.

Je continuai la dilatation artificielle du col avec les doigts dans le but d'épargner un prolongement du travail à notre malade épuisée. Je fis au détroit supérieur une application de forceps directe par rapport au fœtus.

Pas de déchirure du vagin ni du périnée. L'enfant, de 4 à 5 livres, naquit en état de mort apparente. La respiration artificielle par la méthode de Schultze fut employée avec succès. Une drachme d'extrait fluide d'ergot fut donnée à la patiente. Une bonne injection intra-utérine fut administrée.

Les suites de couches furent quelque peu infectieuses. Est-ce dû aux manœuvres ou plutôt à la sécrétion purulente qui existait

antérieurement à l'accouchement? Plus certainement à cette dernière cause.

Je cite M. le Dr Groulx : " 15 octobre, 8½ h. a. m., température 100½° F., pouls 100. L'injection intra-utérine d'un gallon de solution de bichlorure de mercure au 1/2000 ramena d'abord quelques caillots d'un sang noir d'une odeur excessivement fétide; puis l'eau sortit claire, mais fétide.

6. h. p. m., temp. 100° F., pouls 100, l'injection intra-utérine est répétée. Les lochies s'arrêtent.

" 16 Octobre, 8 h. a. m., temp. 99° F., pouls 100, injection intra-
[utérine.

6 h. p. m., " 99½° F. " 100, injection intra-
utérine.

" Après l'injection intra-utérine, je fais quelques manipulations sur le fond de l'utérus pour évacuer le liquide. Peu après la malade est prise de douleurs abdominales vives, léger ballonnement du ventre. J'ordonne des frictions avec la térébenthine, puis de la chaleur. ¼ gr. de morphine en injection hypodermique.

10 h. p. m., temp. 101° F.

" 17 Octobre, 9 h. a. m., temp. 99° F., pouls 98. La malade a dormi de minuit à 5 hrs. a. m. Selle copieuse après une dose d'huile de ricin. Le facies est bon, la malade ne souffre pas; mais les lochies ne reparaissent pas.—Injection intra-utérine.

5 h. p. m., temp. 99° F., pouls 100. La malade se sent bien et veut sortir du lit.—Injection intra-utérine.

" 18 Octobre, 9 h. a. m., température normale, pouls 90. La température se maintient dans la suite à la normale, mais le pouls varie entre 80 et 90. Les injections intra-utérines au bichlorure de mercure sont continuées jusqu'au 23 octobre. La malade se lève le 24 octobre. Elle continue à se donner des injections vaginales. Les lochies reparaissent quand elle se lève. La régression utérine se fait bien. Le col est refermé et en position normale. Je ne sais si nous pourrions éviter une récédive."

Il y a une leçon bien pratique dans ce cas anormal. En dehors des conclusions à tirer de la conduite à suivre en pareille occurrence, je ferai remarquer que notre malade était très exposée, de par sa sécrétion vaginale purulente, à faire de l'infection très grave, et je considère qu'il n'y a que les injections intra-utérines répétées pendant plusieurs jours (9 jours) qui l'ont sauvée de la fièvre puerpérale.

28 Octobre 1898, 326, Lagauchetière.

QUELQUES NOTES
A PROPOS D'UN CAS DE SYRINGOMYÉLIE SUIVI
D'AUTOPSIE. ¹

Par le Dr DUBÉ, de l'Hôtel-Dieu

Messieurs,

La syringomyélie est une affection de la moelle épinière assez peu fréquente pour que nous nous croyions autorisé de rapporter devant ce "Comité d'Étude" le cas que nous avons eu la bonne fortune d'observer récemment à l'Hôtel-Dieu, le Dr Guérin, le Dr Kennedy et moi.

Avant de donner les détails de cette observation, nous vous demandons la permission de repasser en mémoire quelques notions d'anatomie et de physiologie normales de la moelle, qui nous aideront à mieux comprendre l'anatomie pathologique ainsi que les symptômes cliniques de la syringomyélie en général et de notre cas en particulier.

Si nous débarrassons une moelle fraîche de ses enveloppes ou méninges, nous pouvons voir facilement qu'elle est divisée sur sa longueur en deux segments latéraux, par deux sillons, l'un antérieur que l'on entr'ouvre facilement, l'autre postérieur plus profond, mais moins béant.

Faisons maintenant une section transverse de la moelle, et même à l'œil nu nous pouvons voir une différence sensible entre la substance grise et la substance blanche. La première occupe le centre et affecte à peu près la forme de deux croissants adossés et réunis l'un à l'autre au moyen d'une bandelette de substance grise appelée commissure grise, ayant à son centre le canal de l'épendyme qui existe dans toute la longueur de la moelle. Cette substance grise est composée de cellules nerveuses en grande partie, et de ses prolongements. Réunies par groupe, ces cellules, bipolaires, multipolaires ou fusiformes, occupent la corne grise antérieure et postérieure dans chaque moitié de la moelle.

(1) Communication faite à la séance du 22 septembre et à celle du 13 octobre 1898 du Comité d'Études Médicales.

Ces cellules à cylindre axe et à dendrites portent le nom de radiculaires motrices lorsque leur cylindre axe long devient une partie des racines antérieures de la moëlle ; cordonnales, quand elles ne sont ni motrices, ni sensibles, mais associantes, et que leur cylindre axe devient une fibre des cordons de la substance blanche. Cellules à axe court, lorsque leur cylindre axe s'épuise dans la substance grise.

La substance blanche, située à la périphérie de la moëlle, enveloppe la substance grise que nous venons de décrire succinctement. Pour en faciliter l'étude, les auteurs la divisent en trois cordons. Le cordon antérieur est cette portion de substance blanche comprise entre le sillon antérieur et la racine antérieure ; le cordon latéral est compris entre les racines antérieures et postérieures, le cordon postérieur est borné en dedans par le sillon postérieur et en dehors par la racine postérieure.

Tous ces cordons renferment des fibres nerveuses constituées par les cylindres-axes entourés de myéline et se dirigeant suivant l'axe de la moëlle, dans un sens ou dans l'autre, suivant qu'ils ont leur origine dans les cellules de la substance grise ou qu'ils viennent du dehors par l'intermédiaire des racines postérieures. Grâce à l'anatomie pathologique de la moëlle, et à son étude chez les embryons, les auteurs ont pu démontrer l'origine de plusieurs faisceaux, les uns moteurs, les autres sensibles, dans ces trois cordons de substance blanche.

Les trois cordons comportent chacun des faisceaux à voies courtes et longues. Les premiers sont formés par l'ensemble des fibres nerveuses dont le cylindre-axe a pour but d'associer les différents étages de la moëlle. Ces faisceaux sont collés à la substance grise et sont au nombre de trois ; un faisceau dans chaque cordon. Les faisceaux à voies longues sont nombreux. Le cordon antérieur contient le faisceau pyramidal direct ou antérieur dont les fibres apportent l'impulsion motrice de la substance corticale du cerveau au segment médullaire qui commande tel membre ou tel muscle qui doit être mis en mouvement. Le cordon latéral a, lui aussi, un faisceau qui sert à la voie motrice cérébrale, c'est le faisceau pyramidal croisé ou latéral. Voilà pour les voies motrices. Si nous décrivons maintenant les voies sensibles, nous devons nous empresser de dire que leur étude est plus complexe, et par suite leur division en faisceaux à fonctions différentes est moins certaine. Tous ces faisceaux sensibles sont constitués par des fibres qui viennent des ganglions, des

racines postérieures, ou par des fibres nées des cellules des mêmes racines postérieures.

Les premiers sont le faisceau de Goll, formé par la longue branche de division des racines postérieures, qui se rend au bulbe, et le faisceau de Burdock, dont les fibres à directions descendantes sont formées par la petite branche de division des racines postérieures. Ces deux faisceaux sont situés dans le cordon postérieur.

Le cordon latéral renferme les autres faisceaux sensitifs qui naissent des cellules des racines postérieures. Ce sont le faisceau cérébelleux direct qui conduit au cervelet les impressions apportées par les racines postérieures, et le faisceau de Gowers dont les fibres commissurales représentent la voie sensitive croisée. Et enfin le faisceau intermédiaire dont les fibres auraient leur origine probable dans la colonne de Clark, groupes de cellules situées à la base des cornes grises postérieures.—Nous ne dirons qu'un mot de la charpente de la moelle qui porte le nom de névroglie, substance formée de cellules en araignées et de leurs nombreux prolongements fibrillaires. Nous ajouterons que l'expérimentation a prouvé que les sensibilités à la douleur, au chaud, au froid, sont transmises par la substance grise médullaire, la sensibilité cutanée est seule transmise par les cordons postérieurs et par le faisceau sensitif latéral.

Ce trop court aperçu d'anatomie et de physiologie de la moelle épinière va tout de même nous faciliter, nous le croyons, la description des lésions pathologiques de la syringomyélie.

Enlevée de son canal osseux, la moelle, dans un cas très prononcé de syringomyélie, prend la forme rubanée, elle est molle et fluctuante. La section de cette moelle nous dévoilera l'existence d'une ou de deux cavités plus ou moins grandes communiquant ou non entre elles, de forme ronde ou elliptique, et contenant un liquide analogue au liquide céphalo-rachidien. Cette cavité peut occuper la région cervicale seulement, ou bien toute la moelle et envahir, après avoir originé près de l'épendyme, les cornes grises antérieures ou postérieures d'un côté ou des deux côtés à la fois.

Jamais les cordons blancs antérieurs n'ont été envahis par cette cavité, tandis que les cordons latéraux et postérieurs sont souvent intéressés (62 0/0 d'après Wickmann). Dans certains cas moins prononcés la moelle conserve sa forme cylindrique et sa consistance normale. Il faut en faire une section pour voir une petite cavité. Le microscope nous enseigne qu'il s'agit presque toujours d'un gliome ou sarcome névroglie qui, en se ramollissant à son centre

à mesure qu'il s'agrandit par sa périphérie laisse à sa suite une cavité. (Cornil et Ranvier).

L'étiologie de la syringomyélie est des plus vagues, on n'en connaît pas les causes prédisposantes et occasionnelles. On a par contre remarqué qu'elle survenait surtout dans la jeunesse, de quinze à vingt-cinq ans.

Connue depuis un quart de siècle environ, elle a été bien mise en lumière par Renak, Schultze et Charcot, qui en firent une maladie à symptômes cliniques bien différenciés, correspondant toujours aux mêmes lésions de la moëlle. Puis vinrent Jæffroy, Déjerine, Debove, Achard, qui contribuèrent à faire connaître cette affection si longtemps ignorée.

Dans le cours résumé des symptômes de la syringomyélie et des types cliniques qu'elle présente, nous suivons les divisions de Charcot, lesquelles sont universellement adoptées aujourd'hui par tous les auteurs.

Cette symptomatologie de la syringomyélie est divisée en symptômes intrinsèques et symptômes extrinsèques.

Les premiers se subdivisent en symptômes polyomyéliques antérieurs, postérieurs et médians. Les autres comprennent les symptômes leucomyéliques latéraux et postérieurs.

Les symptômes intrinsèques existent toujours dans la syringomyélie, en totalité ou en partie. Ils dérivent tous des lésions de la substance grise et leur réunion porte le nom de syndrome syringomyélique.

Si nous supposons que cette cavité intramédullaire que nous avons décrite dans les quelques notes d'anatomie pathologique ci-dessus a envahi et détruit en partie les cornes grises antérieures, quels seront les symptômes cliniques présentés par le malade ?

Nous aurons une atrophie musculaire marquée qui se manifestera le plus fréquemment sous la forme Aran-Duchène. L'atrophie débutera alors par le court adducteur du pouce et gagnera ensuite les muscles du bras et peut-être du tronc.

Si la cavité détruit en même temps les cornes grises postérieures, nous aurons les symptômes dits : polyomyéliques postérieurs, lesquels consistent en des troubles de la sensibilité tout à fait particuliers et comme caractéristiques de la syringomyélie. C'est Charcot qui les a le mieux décrits et il leur a donné le nom de dissociation de la sensibilité. Ces troubles de la sensibilité consistent en une thermo-anesthésie, et une analgésie avec conservation de la sensibilité tactile.

Il y a abolition de la sensibilité au froid, à la chaleur, et à la douleur, tandis que la sensibilité tactile reste normale. Nous pourrions piquer le syringomyélique, lui promener sur la peau un corps froid ou chaud, et il ne sentira ni la douleur, ni le froid ou la chaleur; il nous dira qu'il sent que nous le touchons, voilà tout. Ces troubles pourront être plus au moins prononcés chez différents malades, et même sur les différentes parties du corps d'un seul malade.

Les troubles de la sensibilité à la chaleur, au froid et à la douleur sont en général groupés ensemble et superposables. Ils sont rarement disposés sous forme hémiplégique. Le plus souvent ils occupent les membres, ou des segments de membres et du tronc sans aucun rapport avec le domaine de distribution des nerfs sensitifs. Ils sont quelquefois symétriques, et toujours leur marche est envahissante.

La sensibilité tactile est en général bien conservée sur toutes les parties du corps, sur les parties troublées dans leur sensibilité thermique et à la douleur, comme sur les autres parties saines. Parfois la cavité qui a envahi les cornes grises antérieures et postérieures pousse des prolongements vers la commissure grise et la partie médiane de la substance grise.

Nous aurons alors des troubles trophiques qui peuvent être nombreux. Sans être caractéristiques de la syringomyélie ces troubles trophiques peuvent servir au diagnostic. Ce sont les symptômes poliomyéliques médians. C'est alors que le syringomyélique se présentera avec une peau lisse amincie (*glossy skin* des Anglais) qui pourra se fendiller, se crevasser et se couvrir d'ulcérations rebelles.

Ces malades seront porteurs parfois de panaris multiples et indolores, d'arthropathies, et même de fractures spontanées. Dans 50 0/0 des cas d'après Bruhl, il existerait une scoliose, qu'elle soit due à des arthropathies, à une action musculaire, ou à un véritable trouble névropathique.

Voilà pour les symptômes amenés par la destruction des différentes régions de la substance grise. Voyons maintenant les symptômes extrinsèques, ou symptômes leucomyéliques résultant de la compression ou de la dégénération des fibres de la substance blanche de la moëlle.

Si les cordons blancs latéraux sont lésés par la cavité centrale qui refoule et comprime, quand elle ne les détruit pas, les tissus qui l'entourent, nous aurons de la contracture des membres, des réflexes exagérés tout comme dans la sclérose latérale amyotrophique par

suite d'irritation du faisceau pyramidal latéral.

Si c'est plutôt le cordon postérieur qui est troublé dans ses fonctions, et c'est ce qui arrive le plus fréquemment (d'après Wickmann 60 0/0)—nous aurons des symptômes tabétiques : abolition des réflexes, etc.

Les auteurs décrivent plusieurs formes de syringomyélie. Il y a le type Morvan autrefois décrit par Morvan lui-même sous le nom de "Parésie analgésique avec panaris des extrémités supérieures." Ce type présente en plus une dissociation de la sensibilité des troubles moteurs et trophiques. Il n'y a plus aujourd'hui, sauf pour Déjerin et Morvan, de maladie de Morvan. Tous les auteurs ne voient là qu'une forme de la syringomyélie.

Il y a encore la syringomyélie à forme Aran-Duchène, et à forme de sclérose latérale amyotrophique. Mais la marche de la maladie, les troubles de la sensibilité si caractéristiques et si facilement appréciables qui accompagnent toujours la syringomyélie nous empêcheront de la confondre avec les deux affections ci-dessus.

Dans quelques cas de syringomyélie il y a des symptômes tabétiques, mais l'erreur ne sera pas possible encore pour les raisons données ci-dessus. Le tabétique pourra peut-être présenter une dissociation de la sensibilité, mais sa distribution par plaques et non par segments de membres et l'existence du signe d'Argyll Robertson permettront de faire le diagnostic. Dans l'hystérie simulant la syringomyélie, l'existence des troubles sensoriels et des grandes attaques qui manquent dans la syringomyélie, nous feront pencher vers l'hystérie, malgré la dissociation de la sensibilité et les troubles trophiques que pourra présenter l'hystérique.

La distribution des troubles sensitifs, moteurs ou trophiques, suivant le territoire de distribution d'un nerf moteur, sensitif ou mixte, nous permettra de faire le diagnostic de névrites périphériques de nature alcoolique, saturnine, ou diphthéritique, et de ne pas confondre avec la syringomyélie.

Depuis quelques années, Zambaco-Pacha voudrait que la lèpre, la maladie de Morvan et la syringomyélie ne fussent que des types différents d'une même maladie : la syringomyélie. Les auteurs qui admettent tous, ou à peu près, que la maladie de Morvan et la syringomyélie ne sont qu'une seule et même affection, n'adhèrent pas encore à l'opinion de Zambaco-Pacha et continuent à considérer la lèpre comme une maladie à part.

La syringomyélie a une marche essentiellement chronique et sa durée, qui peut être très courte quand il y a des phénomènes bul-

baire, peut durer au-delà de 40 ans. Toujours elle se termine par la mort, par cachexie ou par infection survenant à la suite d'eschares étendues et de phlegmons diffus. Charcot nie la possibilité de la guérison. Il ne faut guère songer au traitement, qui ne peut être que palliatif et se réduit à une aseptie des plaies et des eschares survenant au cours de la maladie.

La malade qui fait le sujet de cette communication sur la syringomyélie était d'origine irlandaise, âgée de 50 ans et célibataire. Nous n'avons noté rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Depuis son enfance, cette patiente n'avait guère été malade, sauf il y a cinq ou six ans, époque où elle devint presque folle, et l'on crut un moment qu'il faudrait l'interner. Tout dernièrement, monsieur le Dr Kennedy fut appelé à lui donner ses soins pour des plaies ulcérées qu'elle présentait aux deux pieds. Notre collègue lui conseilla d'entrer à l'Hôtel-Dieu, où elle fut placée dans le service de M. le Dr Guerin. La malade, à son entrée, était très amaigrie et très affaiblie. Les poumons et le cœur furent trouvés en bon état; les urines présentaient des traces d'albumine. Les plaies ulcérées siégeaient à la réunion des phalanges et du carpe et empiétaient sur ces deux régions à la surface dorsale des deux pieds. Ce qui nous frappa en examinant cette malade, ce fut tout d'abord le manque absolu de douleur au niveau de ses plaies.

Notre attention fut alors attirée du côté de la sensibilité générale et nous avons pu assez facilement constater ce que nous avons décrit plus haut, sous le nom de dissociation de la sensibilité.

L'anesthésie cutanée à la douleur était généralisée sauf sur la partie interne de la cuisse gauche, un peu au-dessus du genou, où nous avons trouvé une plaque d'hyperesthésie. La malade ne se plaignait nullement de douleur quand nous transpercions la peau avec une épingle. Elle sentait que nous la touchions, mais rien de plus. La thermo-anesthésie se superposait exactement aux parties lésées dans leur sensibilité à la douleur. La malade ne pouvait distinguer un objet chaud d'un objet froid, sauf à la partie interne de la cuisse gauche, à l'endroit même où nous avions constaté une plaque d'hyperesthésie. Nous n'avons pas trouvé chez elle de symptômes d'hystérie ou d'autres maladies du système nerveux à part la syringomyélie. Les réflexes patellaires étaient presque disparus, nous n'avons pas trouvé du côté des yeux le signe d'Argyll Robertson. Il n'existait pas non plus d'atrophie des éminences thénar, ni de rigidité des membres inférieurs. En présence des symptômes ci-dessus nous devons forcément penser à la syringomyélie et éliminer l'hys-

térie avec troubles trophiques, parce que la malade ne présentait pas les stigmates de l'hystérie, tels que attaques, etc., etc.

De même, nous avons éliminé le tabès avec troubles trophiques, parce que la malade ne présentait pas le signe d'Argyll-Robertson et surtout à cause de cette dissociation de la sensibilité qui est excessivement rare dans le tabès. D'ailleurs, lorsqu'elle existe, elle n'est jamais généralisée, et affecte plutôt la forme en plaques disséminées. Cette patiente est restée deux mois environ à l'hôpital. Chaque jour elle s'affaiblissait et n'a jamais laissé son lit. Elle présenta un peu d'œdème des membres inférieurs quelque temps avant sa mort, les urines diminuèrent de quantité en même temps qu'augmentait l'albumine, et la malade mourut après quelques jours de délire urémique.

A l'autopsie, nous avons trouvé les mêmes troubles trophiques sur la face dorsale des pieds et en plus quelques vésicules d'herpès sur l'avant-bras gauche. Les deux poumons étaient fortement athracosés, congestionnés et œdématiés surtout aux bases. Le poumon droit présentait quelques adhérences pleurales. Aucune trace de tuberculose ancienne aux sommets des deux poumons. Le cœur, du poids de 195 grammes, avait des valvules et une paroi musculaire normales. Sur l'aorte abdominale nous avons constaté quelques plaques d'athérome. La rate parut normale et pesait 120 grammes. Le foie, du poids de 1620 grammes, ne présentait rien de particulier à noter dans sa forme ni sur la surface de section.

Les deux reins, du poids de 135 grammes, étaient pâles, et à la coupe montraient une substance corticale un peu augmentée dans son épaisseur.

L'utérus, était d'apparence normal; l'ovaire gauche et la trompe droite présentaient chacun un petit kyste. L'estomac et les intestins étaient en bon état. Nous avons enlevé le cerveau et la moelle épinière tout d'une pièce et nous les avons mis dans un liquide conservateur. Au moment de l'autopsie nous n'avons rien constaté d'anormal du côté du cerveau. La moelle épinière conservait sa forme cylindrique, mais offrait une consistance un peu molle. Après durcissement pendant quelque temps, nous avons pu pratiquer des sections de cette moelle. Même à l'œil nu, il nous a été facile de constater une cavité à son intérieur. Sans avoir de dimensions considérables cette cavité a été constatée par mes collègues qui en ont fait l'examen. Au microscope, la cavité devint des plus apparente. Elle siégeait sur la partie moyenne de la substance grise à la réunion des deux cornes grises antérieure et postérieure gauches, ce qui explique bien les symptômes polyomyéliques médians, *id est*, les troubles trophiques

dont souffrait cette malade au cours de sa syringomyélie. Cette cavité de forme ronde s'étendait du renflement cervical à la région lombaire, en présentant des différences notables dans ses dimensions.

Le microscope nous fit voir une autre cavité, en forme de fente qui se prolongeait dans la corne grise postérieure droite qu'elle avait disséquée en partie. Ces deux cavités ne paraissaient pas communiquer entre elles. L'étude des cordons blancs de la moëlle n'a pas montré de dégénérescence scléreuse ou autre. Nous avons cependant noté de nombreux grains amyloïdes sur toutes nos coupes siégeant indifféremment dans la substance grise et blanche.

Nous terminons en remerciant les membres de ce comité d'étude qui ont bien voulu nous accorder leur bienveillante attention au cours de ce travail sur une affection assez rare en ce pays.

Nous ignorons si nos collègues des autres hôpitaux ont déjà eu la bonne fortune d'observer, avec l'autopsie à l'appui, quelques cas de syringomyélie ; pour nous, c'est le premier cas que nous avons constaté à l'Hôtel-Dieu et nous avons voulu en faire profiter notre comité d'étude.

LES LIVRES DU COLLÈGE DES MÉDECINS.

Nous annonçons dans notre dernière livraison que le Collège venait de prendre un bref d'injonction pour obliger le Régistrare à remettre ceux des livres du Collège des Médecins qu'il s'obstinait à garder par devers lui. Le Régistrare a jugé qu'il valait mieux, devant l'attitude déterminée du Bureau Provincial de Médecine, s'exécuter sans attendre de nouveaux procédés légaux. Il a remis les livres qui lui restaient en main, et les auditeurs vont pouvoir se mettre sérieusement à l'œuvre et compléter leur ouvrage. Nous espérons qu'ils pourront présenter bientôt leur rapport.

Nos canadiens en Europe.—Le Dr Eugène St-Jacques, qui est devenu l'un des collaborateurs assidus de l'*Union Médicale du Canada*, vient d'obtenir la place d'assistant à la clinique du Dr Jacobs, de Bruxelles, l'un des gynécologistes les mieux connus d'Europe. Le Dr St-Jacques est le fils du docteur Eugène St-Jacques, de St-Hyacinthe. Cette position fait honneur à notre jeune confrère.

COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES.

Séance du 3 Novembre 1898.

*Présidence de M. Hervieux.*TUBERCULOSE PULMONAIRE ET INTESTINALE CHEZ UN HOMME
DE 59 ANS.

M. DUBÉ.

Il s'agit d'un malade d'origine irlandaise, mort à l'âge de 59 ans, après un séjour de quelques semaines à l'Hôtel-Dieu. Très amaigri, il se plaignait depuis longtemps d'une toux opiniâtre et d'une diarrhée continue. L'examen du malade montra des poumons tuberculeux à l'état avancé et une entérite, également tuberculeuse, à n'en pas douter. A l'autopsie nous avons trouvé exactement du côté des poumons une infiltration tuberculeuse totale de tous les lobes, plus récente aux bases, où le parenchyme était farci de petits tubercules non encore ou à peine ulcérés, et plus ancienne aux sommets, où l'on constata plusieurs cavernes de grandeur moyenne, tel que vous pouvez voir encore sur ces pièces que nous vous présentons mes collègues et moi. Mais c'est du côté de l'intestin que nous avons trouvé les lésions les plus remarquables. La muqueuse intestinale, comme vous le voyez, est ulcérée sur toute la longueur de l'intestin, de l'S illiaque au duodenum. Ces ulcères sont remarquables par leurs grandes dimensions, elles égalent par place, en superficie, la surface d'une pièce de cinquante sous. Elles siègent indifféremment sur les plaques de Peyer, sur les follicules clos et sur la muqueuse elle-même. Les formes de ces ulcères sont aussi variables que leur dimension. A une distance d'un mètre de l'estomac siège un diverticule de l'intestin long de trois à quatre centimètres et dont la muqueuse est farcie de granulations tuberculeuses. Le cœcum est particulièrement malade, ainsi que l'appendice. Sur le reste du gros intestin existent aussi de nombreuses ulcérations qui affectent surtout la forme serpentine. Plusieurs ganglions mésentériques sont hypertrophiés. Pas d'épanchement dans le péritoine. Le foie, que voici, pèse 1500 grammes et à la coupe il est muscadé. Ce rein droit présente un infarctus récent, assez volumineux, il est un peu dur à la coupe, et la substance corticale un peu diminuée. Le cœur est normal et c'est à peine si nous trouvons quelques plaques d'athérome sur l'aorte au niveau des carotides et des illiaques.

MM. MARIEN et HARWOOD rapportent des cas de tuberculose intestinale où l'ouverture simple du ventre, sans toilette du péritoine, a amené une amélioration considérable des symptômes.

M. MERCIER parle dans le même sens.

LA COCAINE EN CHIRURGIE

M. MERCIER.

Messieurs,

A plusieurs reprises j'ai écrit sur la cocaïne. En reconnaissance de mon maître Reclus et des services que m'a rendu la cocaine, je suis heureux de pouvoir reprendre le sujet aujourd'hui devant vous.

Je suis plus autorisé que jamais à parler de la question, ayant pendant mes sept ans d'expérience personnelle usé de la cocaïne dans toutes espèces d'opérations, grandes et petites.

Les craintes d'autrefois sont bien diminuées; le malheureux cas rapporté par Berger, de Paris, a été en France la première cause de cette défiance. La technique et les doses variables étaient alors peu connues.

Physiologie. — La cocaïne, l'Erythroxyton Coca, est tirée des feuilles fraîches de la coca du Pérou et de la Bolivie. C'est un alcaloïde, "Ether méthylique de l'acide Cocoyl-Benzoyl-Oscypropionique."

De la cocaïne proprement dite, sel dispendieux et difficile à obtenir, on ne fait guère usage; c'est le chlorhydrate de cocaïne qui est seul employé, c'est de lui d'ailleurs que nous parlerons toujours.

La cocaïne est connue depuis 50 ans. C'est Gardeke qui l'a découverte le premier en 1855, et lui a donné le nom d'Erythroxyton. En 1857 R. Percy de New-York, l'a découverte de nouveau. Et en 1859, Niemann l'appela définitivement "Cocaine." Mantegazza en 1859, et Schroff en 1862 en décrivent les effets généraux. C'est en 1876 qu'Isaac Ott et plus tard en 1880, que Von Anrep en découvrirent l'action sur les muqueuses. Karl Kaller décrit son effet sur la cornée en 1884.

C'est alors dans la même année que Terrier en fit rapport à la société de chirurgie et aussitôt en France tous les physiologistes se mirent à en faire des essais.

La cocaïne agit de différentes manières. A part son action locale elle a aussi une action générale comme le chloroforme, elle agit sur les protoplasmas en général et sur tous les protoplasmas nerveux en particulier, qu'elle paralyse.

Cette action générale ne peut être utilisée, car la mort suivrait inévitablement l'anesthésie.

Elle agit non seulement sur les extrémités nerveuses, mais aussi sur les troncs nerveux. Ainsi injectée sur le trajet même d'un nerf, toute la partie périphérique de ce tronc nerveux serait insensibilisée, elle est donc analgésique périphérique; injectée au pourtour de la racine d'un doigt elle insensibilise tout le doigt.

Le titre de la solution joue un rôle important dans la rapidité, dans l'intensité et dans la durée de l'anesthésie.

A 5 0/0 on obtient l'analgésie et même l'anesthésie, action plus prompte et durant plus longtemps.

A 2 0/0 et 1 0/0 rarement de l'anesthésie; l'analgésie est plus lente à apparaître mais dure quand même un temps assez long, $\frac{3}{4}$ d'heure à une heure.

Les phénomènes de vaso-constriction que produit la cocaïne sont très importants, car le cerveau n'échappe pas à ces phénomènes, ce qui explique les syncopes survenues au cours de l'analgésie cocaïnique, pratiquée chez des sujets debout ou assis. Il ne faudra en conséquence ne jamais se servir de cocaïne à moins que le patient ne soit dans le décubitus.

Pharmacologie.—Tirée des feuilles fraîches qui perdent leur principe en vieillissant. Dans les premiers temps il était très difficile d'avoir de la cocaïne pure. Aujourd'hui grâce au procédé qui consiste à l'extraire de l'égonine, on a sur le marché un excellent produit.

Le chlorhydrate de cocaïne, le sel le plus généralement employé et le seul que nous employons est soluble dans l'eau, peu dans l'alcool et le chloroforme, et pas du tout dans l'éther et les huiles. L'eau chaude le décompose et anihile son pouvoir.

Le phénate de cocaïne est le plus lent à s'absorber, plus antiseptique, mais à un défaut énorme, il est escharotique.

La tropacocaïne "chlorhydrate" ne présente aucun avantage sur la cocaïne et lui est même inférieur.

Toxicologie.—Le chlorure d'or et l'acide picrique sont les réactifs de la cocaïne. Au point de vue pratique ils n'ont guère d'importance, car la cocaïne est un sel tellement instable qu'il serait presque impossible de la trouver dans le sang de l'empoisonné. Cette instabilité de la cocaïne est excessivement importante, car conséquemment il ne faudra jamais employer de solutions vieilles de plus de deux ou trois jours.

Dangers de la cocaïne.

La cocaïne, comme tous les autres médicaments, présente des dangers; la morphine, le chloroforme administrés à trop haute dose peuvent causer la mort. Mais à l'encontre des autres médicaments, on l'a livré au public sans en avoir fixé les doses maniabiles et la manière de s'en servir.

Aussi, au début, voit-on se servir de doses épouvantables, voir même jusqu'à 2 ou 3 grammes à la dose. Rien d'étonnant qu'il y ait eu quelques accidents.

Germain Sée a prétendu que c'était un médicament instable et à effet inconstant, qui ne produisait souvent aucun effet à des doses infinitésimales. Cette opinion est pour le moins bien exagérée, tout au plus peut-on admettre qu'il y ait pour ce produit comme pour tout autre de l'idiosyncrasie.

Reclus et ses élèves ont fait un relevé de tous les accidents rapportés dans les différents pays, accidents mortels causés par la cocaïne, et n'ont pu relever que 18 cas suivis de mort, et encore chez tous ces cas il y a eu usage exagéré de cocaïne, aussi bien en quantité qu'en exagération de la force du titre de la solution.

Oui, en effet, la cocaïne employée en solution trop forte ou injectée en trop grande quantité est un médicament dangereux, très dangereux même, mais aujourd'hui sa dose est définitivement fixée comme celle de tous les autres médicaments, et 0.15 centigrammes

en solution à 10/0 sont absolument inoffensifs. Car rappelons-le nous, il faut non seulement ne pas injecter trop de cocaïne, mais aussi il ne faut jamais se servir de solution trop concentrée.

Il est une autre circonstance qui peut rendre la cocaïne dangereuse, c'est la station debout du malade sur lequel on opère. Chez une personne très nerveuse, portée naturellement à la syncope, le pouvoir vaso-constricteur de la cocaïne peut trop anémier la substance cérébrale, si cette personne est située debout ou assise.

Reclus, et j'oserais dire moi-même n'avons jamais constaté même de légers accidents, qui sont parait-il si fréquents chez les dentistes, mais aussi nous n'opérons jamais que le malade étant mis en position horizontale.

Il est bon aussi de se défier des muqueuses qui absorbent beaucoup plus facilement et rapidement qu'on serait porté à le croire. Les mêmes doses et le même titre de la solution doivent être employés et jamais dépassés.

Avantages de la cocaïne.

La cocaïne est moins dangereuse que le chloroforme, le chirurgien qui se sert de cocaïne n'est pas toujours pendant son travail dans l'expectative d'un accident, je n'ai jamais eu aucun accident sérieux par la cocaïne, par contre j'ai eu de nombreuses alertes avec le chloroforme.

L'analgésie est beaucoup plus rapide, le chirurgien injecte sa cocaïne tout en préparant son champ opératoire.

Aucune préparation d'avance, le malade n'a pas besoin d'être à jeun. Et après l'opération, l'opéré n'est aucunement incommodé par la cocaïne et il peut s'il le veut manger immédiatement après l'opération. Pas de vomissements, ce qui n'est pas piètre chose après une cure radicale de hernie.

Les malades craignent moins la cocaïne que le chloroforme, surtout s'il s'agit de petites opérations.

Faculté de l'employer là où le chloroforme est contre indiqué : "Vieillards, cœur, poumons et reins."

Avantage énorme dans la pleurotomie, la pneumotomie, le goitre, en un mot, partout où la suffocation est à craindre.

Enfin la simplicité du manuel. Avec la cocaïne un ou au plus deux aides suffisent amplement, pour une opération à domicile il y a grand avantage ; avec le chloroforme, il faut être plusieurs et le meilleur assistant est retenu pour l'anesthésie.

Contre indications.

Opérations non réglées, alors que le chirurgien ne peut prévoir combien laborieuse sera son intervention. La trop vaste étendue du champ opératoire.

Refuser la cocaïne aux gens pusillanimes, aux enfants, aux femmes nerveuses, etc.

Enfin, pour les tissus ulcérés.

M. DUHAMEL.—La cocaïne produit chez quelques personnes une sensation de vide désagréable ; il est bon de stimuler ces personnes avec du café ou du cognac, et ne pas craindre même de donner ces stimulants à doses fortes. J'ai vu une dose de 8 centigrammes d'une solution de cocaïne à 1 0/0 produire de ces accidents dépressifs. L'eucaine a une certaine valeur dont il est bon de tenir compte comme succédané de la cocaïne.

M. HERVIEUX.—Je ne crois pas que la cocaïne ait un effet général très prononcé ; c'est surtout un algésique périphérique. On remédiera cependant à l'anémie cérébrale qui peut survenir par des congestionnants du cerveau tels que l'alcool.

M. LECAVALIER.—Reclus lui-même a admis que l'effet de la cocaïne est inconstant. Comme l'a fait remarquer un médecin américain, il est bon de donner un tonique ferrugineux pour empêcher toute action altérante de la cocaïne sur les globules blancs du sang.

M. MERCIER.—La cocaïne agit sur le protoplasma des cellules nerveuses ; elle agit du centre à la périphérie. Elle supprime la sensation de la douleur, mais non la sensation tactile. L'alcool aide à son action ; elle donne du courage au malade. Reclus n'emploie pas de congestionnants du cerveau, qui sont inutiles. Il faut être prudent lorsqu'on a affaire à des sujets nerveux, et n'employer que des solutions fraîches si l'on veut être sûr de l'effet produit.

Séance du 10 Novembre 1898.

Présidence de M. Mercier.

FIÈVRE INTERMITTENTE.

M. GAUTHIER.

Le 26 oct., je vois M., âgé de 56 ans. A 5 h. P. M., il me dit qu'il a eu un frisson qui a duré une heure, me dit-on, température 102 $\frac{1}{2}$, pouls 112. Il me dit qu'il est malade depuis la veille, il pense que c'est du froid qu'il a pris. *Histoire antérieure* : n'a jamais eu aucune maladie sérieuse. Père et mère morts vieux. Frères et sœurs en bonne santé.

Après cet interrogatoire, j'examine mon client. Rien du côté du poumon ni du cœur, foie normal, abdomen : rien de remarquable.—Je prescris Quiniae Sulphatis gr. II toutes les 2 heures.

Le 27, visite à 9 heures, température 98 $\frac{1}{2}$, pouls 80, pas de toux, pas de point de côté. Mon malade n'a pas eu de selle depuis 2 jours. Huile de ricin, une once. Continuer la quinine.

A 3 heures on me demande de nouveau, et je trouve mon malade dans le même état que la veille. Frisson, transpiration. Fièvre, n'a pas uriné depuis la veille au soir. Température 103, pouls 120. Je donne Quinine, explore la région suspubienne pour voir s'il n'y a pas rétention d'urine ; l'examen me prouve qu'il n'y a pas d'eau dans la vessie.

Je prescrivis de la quinine gr. V toutes les 4 heures.

Examen des urines nul.

Matin, température normale, pouls 80, a passé à peu près 2 onces d'urine.

Je donne lait et eau de Vichy. Sulfate de quinine.

A 3 heures après-midi, je revois mon malade dans le même état que le matin. A 8 heures, frisson, transpiration. Quinine, gr. X toutes les 4 heures.

Matin, normal.

Soir à 9 heures, frisson, température, transpiration. Malade divague, ce qui effraie la famille.

Matin, température normale, pouls normal.

A 3 heures P. M., frisson, température, transpiration. Je donne Quiniae sulphatis gr. XX toutes les 3 heures.

Le lendemain matin je fis continuer la Quinine à gr. XX toutes les 4 heures.

Il n'y a pas de bourdonnement d'oreilles. Le soir à 8 heures, mon malade me dit qu'il a une chute dans les oreilles. Je cesse la quinine : il se sent très bien à part cela.

Le lendemain, je trouve mon malade à table, parfaitement bien, un peu faible, avec température et pouls normaux.

Ce malade me dit qu'il ne s'est jamais absenté de la ville.

M. MIGNAULT.—Je me rappelle avoir eu un cas semblable chez une de mes malades récemment accouchée. Elle demeurait à Ste-Cunégonde, dans une rue aboutissant au talus du chemin de fer. L'accouchement avait été normal, non suivi de fièvre. Dix-sept jours après, cependant, je fus appelé auprès de ma malade, qui avait eu un frisson violent, suivi d'une période chaude et de transpiration. Je pensai d'abord à un effet nerveux. Mais ces symptômes se renouvelèrent trois fois dans l'espace de deux jours. C'était vraiment une fièvre intermittente tertiaire. Elle devint, après quelques jours, journalière. J'avais déjà eu occasion de donner de la quinine à cette malade ; ce médicament agissait violemment sur elle, et produisait des symptômes de délire. Cependant, devant cette fièvre à forme paludéenne, je ne pus hésiter bien longtemps, et je donnai la quinine à doses répétées souvent de $\frac{1}{4}$ de grain. La fièvre, qui était à 104°, 105°, diminua presque aussitôt pour cesser ensuite. Un examen soigneux des organes génitaux ne me révéla rien de ce côté.

J'ai su que le talus du chemin de fer avait été fait avec de la terre apportée de loin. Le bloc de maisons où demeurait ma malade est adossé au talus, et une cave en parcourt toute la longueur. Il y avait de l'eau dans cette cave. C'est cette voie probablement qu'ont suivie les germes paludéens pour venir contaminer la malade. Le professeur Ross nous disait autrefois que, bien que la fièvre paludéenne fut aussi rare à Montréal que les vipères en Irlande, il en avait cependant rencontré quelques cas à Ste-Cunégonde.

M. CLÉROUX.—Il m'est arrivé dans ma pratique, de rencontrer des accouchées qui, après s'être bien relevées de leur accouchement, avaient plus tard des accès de fièvre comme ceux que l'on vient de rapporter. Je n'ai jamais pu dans ces cas trouver de l'hypertrophie

de la rate, ce qui m'a fait écarter l'hypothèse d'une fièvre paludéenne. J'ai pensé plutôt à une fièvre puerpérale tardive, amenée probablement par une résorption de quelques parcelles de tissu demeuré dans l'utérus. J'ai remarqué que dans ces cas il n'y a jamais de sensibilité du côté des organes génitaux.

M. DE COTRET.—Je me rappelle un cas de fièvre puerpérale simple sans symptômes locaux, qui avait fait penser à un début de fièvre typhoïde. La malade mourut, et l'on trouva à l'autopsie une infection utérine. Il est souvent difficile de reconnaître une fièvre puerpérale par l'examen des organes génitaux, quand il s'agit par exemple de la rétention d'un caillot, ou de cotylédons, ou d'une déchirure légère de la paroi vaginale. Les frissons n'apparaissent que lorsque l'infection se localise (formation d'un abcès). Il est nécessaire, pour s'assurer de la marche et de la durée d'une fièvre de ce genre, de prendre la température plusieurs fois dans la journée. Je traite en ce moment un cas de fièvre puerpérale qui a débuté trois semaines après la délivrance; ces cas tardifs ne sont pas rares.

M. BOULET.—Permettez-moi en passant de vous signaler un cas de panophtalmie que j'ai rencontré dernièrement chez une femme de Joliette, souffrant de fièvre paludéenne, et qui avait habité quelque temps à Lowell. Cette complication est rare dans la fièvre paludéenne.

M. DE GRANDPRÉ.—J'ai pratiqué aux Etats-Unis, près de Lowell, et j'ai remarqué que, dans certains cas de fièvre paludéenne, on donnait la quinine pendant plusieurs jours sans effet. Ceci est dû à un défaut d'absorption, par suite de l'enduit saburral qui recouvre la muqueuse de l'estomac. Quand on fait précéder la quinine d'un éméto-cathartique, on obtient un succès rapide.

M. GATHIER.—Comme je n'ai pas à redouter chez mon malade, une fièvre puerpérale, je persiste à croire à une fièvre paludéenne. Il n'avait jamais, il est vrai, quitté Montréal, mais les accès étaient bien intermittents, bien qu'il n'y eût pas de période chaude entre les frissons et la transpiration.

INFECTION GÉNÉRALISÉE SUIVIE DE MORT CHEZ UN CIRRHOTIQUE AVEC ASCITE.

M. DUBÉ.

Nous vous présentons, mes collègues et moi, quelques pièces pathologiques qui, nous le croyons, offrent quelque intérêt; elles proviennent d'un malade âgé de 36 ans, mort hier à l'Hôtel-Dieu. Entré à l'hôpital pour une ascite très prononcée, qu'il faisait remonter à quelques semaines, ce malade présentait une dyspnée assez grande, des troubles dyspeptiques et un manque de sommeil. Mais le professeur Brunelle, qui connaissait ce patient depuis plusieurs années, le savait alcoolique avéré, et grand amateur du Gin à fortes doses. Quelques jours après son entrée la ponction devint nécessaire à cause d'une gêne de plus en plus marquée de la respiration. A ce moment on remarqua un peu de rougeur de la peau à la partie infé-

rière du ventre, à la racine des cuisses et sur les organes génitaux. Comme la température était normale on pensa à une lymphangite simple, banale, et la ponction fut pratiquée sans plus attendre. Mais le jour même, dans la soirée, le malade eut des frissons suivis d'une température de 39°C. La nuit fut mauvaise et le lendemain : température 38,5°C, pouls rapide, point de côté, tantôt à droite, tantôt à gauche, respiration pénible, circulation mauvaise, le malade se cyanosait. La mort survint dans le cours de la nuit après une longue agonie.

Ce cours aperçu de l'histoire clinique de cet individu est suffisant nous croyons pour nous faire penser à une infection généralisée des plus grave. Cette rougeur des téguments prise pour une lymphangite au début devait être de l'érysipèle au début ; la ponction vint créer une porte d'entrée et le streptocoque se répandit dans toute l'économie, foudroyant le malade.

L'autopsie confirma le diagnostic d'infection généralisée. À l'ouverture de la cavité abdominale il s'écoula beaucoup de liquide séreux. L'estomac était considérablement dilaté par des gaz et avait dû contribuer à la gêne de la respiration. Le foie que voici est diminué de moitié, très dur, avec bosselures multiples sur toute sa surface externe, il constitue tout à fait le *Cin liver* des auteurs Anglais. La rate est augmentée de volume et de consistance dure. Les deux reins sont gros et très congestionnés.

À l'ouverture du thorax nous avons trouvé un épanchement séropurulent dans la plèvre gauche, et un épanchement hémattique dans la plèvre droite. Si vous examinez les deux poumons que nous avons emportés, vous les trouverez fortement congestionnés et en partie atélectasiés, surtout le poumon droit ; en outre vous trouverez des débris de fausses membranes récentes sur toute la surface des deux poumons. Le péricarde contenait 130 grammes environ de liquide séreux. Le cœur que voici est normal et l'aorte présente une petite plaque athéromateuse près de l'origine de l'iliaque primitive droite. Ce malade a donc fait une infection généralisée avec manifestation pleuro-pulmonaire et péricardique. Nous n'avons pu faire malheureusement un examen bactériologique des liquides purulents trouvés au cours de l'autopsie.

MONSTRUOSITÉ DOUBLE.

M. GARCEAU.

Monsieur le Président, Messieurs.

J'ai l'honneur de vous présenter un cas de monstruosité double : deux fœtus à terme unis en avant depuis la partie supérieure du thorax jusqu'à l'ombilic.

Vous savez tous, Messieurs, que les auteurs divisent ces cas de monstruosité double en quatre variétés principales. Ce sont :

A Deux corps presque distincts, unis en avant, dans une étendue variable, par le thorax ou l'abdomen ;

B Deux corps presque distincts, unis dos à dos, par le sacrum et la partie inférieure de la colonne vertébrale ;

C Les monstres bicéphales, avec un seul corps et deux têtes distinctes ;

D Les corps séparés en bas, mais les têtes reliées ou partiellement unies.

Le cas que je vous présente appartient à la première variété.

Après notre séance de jeudi dernier, 3 novembre, j'étais appelé vers les minuit, auprès d'une jeune femme âgée de 23 ans et à son second accouchement. Je voyais cette malade pour la première fois. Le père avait cependant retenu mes soins depuis environ trois semaines. Dans l'histoire de famille, je relève une tante ayant eu une grossesse triple et une sœur muette.

Cette jeune femme est née et a été élevée sur une ferme aux Illinois. Elle a marché à 12 mois, a vu ses règles à 15 ans et toujours régulièrement ensuite. Elle s'est mariée à 19 ans, a accouché l'année suivante d'un enfant bien conformé, à terme, qui vit encore et en bonne santé. Elle se rappelle comme maladie sérieuse une dysenterie, il y a quatre ans, avec deux semaines de maladie.

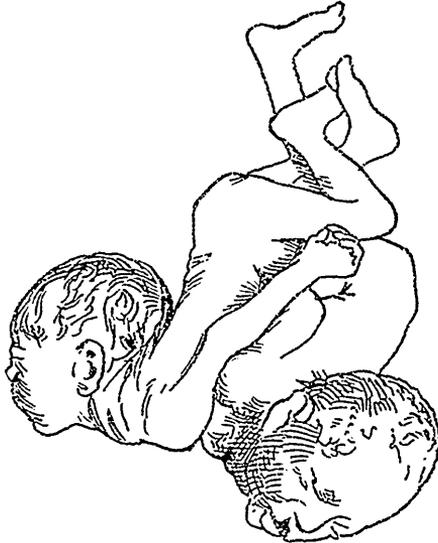


Fig. 1.—Premier temps : présentation et dégagement de la tête du premier enfant.

Lorsque j'arrivai auprès de ma malade, les membranes étaient rompues depuis une heure me dit-on. Après avoir préparé, comme d'habitude, mes mains dans une solution au bichlorure, je pratiquai le toucher vaginal. Je trouvai un col très dilaté mais non encore effacé, et je reconnus une présentation de la face, avec position en M I D P. Je fis immédiatement l'examen de l'abdomen et par le palper je découvris dans le côté gauche des inégalités que je jugeai être les extrémités inférieures du fœtus. En même temps, je reconnus dans la fosse iliaque droite une grosse tumeur dure, arrondie, indice d'une seconde tête et je portai alors le diagnostic de grossesse gémellaire, diagnostic qui a été pour moi d'un immense service, comme on le verra dans la suite. Je surveillai ma malade ; les douleurs se succédaient assez rapidement et régulièrement. Quelques touchers pratiqués dans l'intervalle me firent reconnaître que la posi-

tion, de M I D P qu'elle était au début, s'était convertie en M I D A. Les tranchées continuèrent toujours à se succéder régulièrement et devinrent bientôt expulsives.

Vû, après un certain temps, que l'accouchement n'avancait guère, je proposai d'appliquer les forceps à ma malade qui refusa carrément tout d'abord. J'attendis encore quelque temps, puis ayant enfin obtenu la permission, j'appliquai les forceps sans aucune difficulté. Je fis les tractions voulues pour augmenter la déflexion, puis ensuite la flexion. Mes forceps échappèrent au moment où l'occiput se présentait à la vulve. Je parvins à dégager ma tête, la rotation externe se fit ; j'essayai une traction pour dégager les épaules, mais inutilement. J'introduisis alors l'index dans l'aisselle postérieure et à ce moment, j'ai commis un acte maladroit qui m'a fait fracturer mon petit humerus et pour lequel je vous demande pardon, Messieurs du Comité.

J'avais choisi l'aisselle postérieure, parce qu'elle était plus rapprochée de la vulve ; voyant que j'avais beaucoup de difficulté pour dégager mon bras, je tentai de glisser mon doigt jusqu'au pli du coude et c'est dans ce mouvement que l'accident m'est arrivé. La chose m'a fait beaucoup de peine, mais enfin mon épaule et mon bras postérieur dégagés, je tentai une nouvelle traction, mais encore inutilement. J'introduisis de nouveau mon index dans l'aisselle antérieure et je parvins à dégager ma seconde épaule. A ce moment, le fait clinique suivant attira mon attention : Mon fœtus se trouvait très étroitement circonscrit par la vulve avec tendance continuelle à rentrer. J'essayai de nouveau les tractions et je sentis une résistance invincible

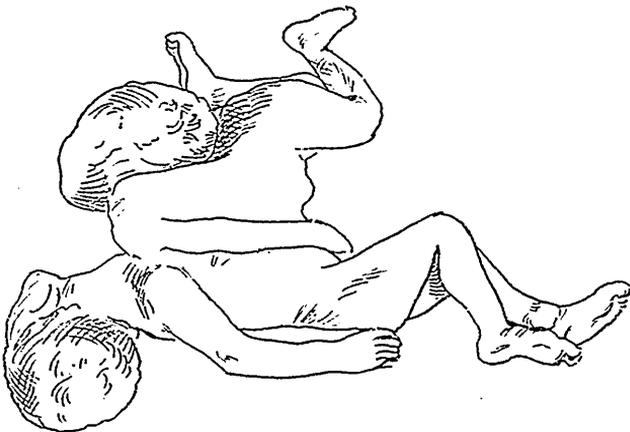


Fig. II.—Troisième temps accoupli : dégagement complet du premier enfant.

Sachant que j'avais une seconde tête au détroit supérieur et voyant la résistance absolue qui s'opposait à la sortie du tronc de mon premier enfant, je pensai alors que mes deux fœtus étaient attachés et j'en avertis aussitôt la famille. C'est à ce moment, Messieurs, que je compris toute l'importance du diagnostic de grossesse gémellaire que j'avais posé dès le début. Autrement j'aurais été porté,

peut-être, à faire des tractions forcées qui m'auraient fait commettre des dégâts vraiment déplorables.

J'allai alors à la recherche des pieds, en introduisant ma main par la partie postérieure de la vulve et je parvins avec difficulté à dégager un pied, puis le genou. Je fis des tractions sur ce membre inférieur, mais comme les articulations semblaient beaucoup se relâcher par la résistance offerte, et vû l'accident qui m'était déjà arrivé, je n'osai pas faire de tractions plus fortes, j'introduisis de nouveau ma main misérablement pour aller chercher l'autre pied que je pus avoir assez facilement et en faisant des tractions simultanément sur les deux membres inférieurs, j'ai pu sortir le siège. Mon premier enfant, tout cyanosé, se trouvait donc complètement dégagé, en position transversale dans les cuisses de la mère. La partie antérieure du corps cependant restait encore fortement engagée dans la vulve. C'est alors qu'est arrivé le temps le plus délicat et le plus difficile de l'accouchement; j'introduisis la main encore de nouveau, lentement et avec beaucoup de difficulté, pardessus cette masse qui obstruait tout, jusqu'au détroit supérieur. J'ai pu alors par l'extrémité de mes doigts, arriver à la colonne vertébrale dans cet angle que vous voyez ici formé par la déflexion très forcée de la tête sur la colonne,

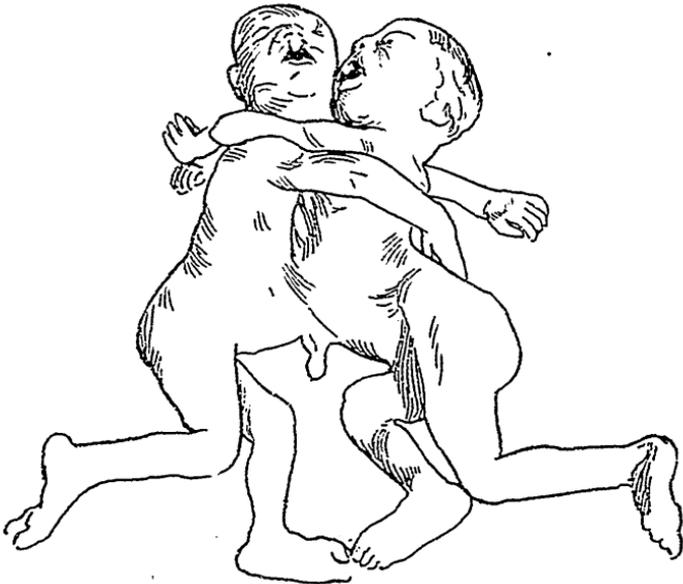


Fig. III.—Cinquième temps accompli : accouchement termine.

laquelle se relevait vers le fond de l'utérus. En glissant mes doigts graduellement le long du dos vers le siège, j'abaissai en même temps le tronc de mon fœtus et je parvins ainsi à saisir une cuisse que je ramenai dans l'excavation, puis hors de la vulve; je fis une traction sur cette cuisse et le siège se dégagait facilement. Par de nouvelles tractions, je sortis aisément les épaules, puis la tête de mon second enfant. Celui-ci respira et cria le premier, presque tout de suite, et paraissait assez fort. L'ainé suivit aussitôt, mais resta faible et cyanosé.

La chose ne doit pas nous surprendre, si l'on songe qu'étant continuellement sur mon chemin, il a dû nécessairement recevoir tous les traumatismes de l'accouchement. Malgré tous mes efforts, frictions, tractions rythmées de la langue, insufflation, etc., tous les deux ne vécurent que trois quarts d'heure. Le premier arriva mourut le premier, suivi bientôt de l'autre.

Pour l'intelligence du cas, nous pourrions peut-être diviser le mécanisme de cet accouchement gémellaire tout à fait particulier en cinq temps de la manière suivante :

Premier temps : Présentation et dégagement de la tête du premier enfant ; (première tête défléchie dans l'excavation, seconde tête aussi défléchie dans la fosse iliaque droite) ;

Deuxième temps : Dégagement et sortie des épaules de ce même enfant ;

Troisième temps : Dégagement et sortie du siège ;

Quatrième temps : Dégagement et extraction du siège du second enfant, et enfin

Cinquième temps : Extraction des épaules et de la tête du second enfant.

Voilà, Messieurs, la méthode que j'ai suivie dans cette circonstance et les faits cliniques exacts qui se sont passés tels que je viens de vous les décrire. Il y aurait peut-être eu quelque méthode plus habile ou plus scientifique à employer. J'ai cependant la satisfaction de vous dire que celle que j'ai suivie m'a donnée un bon résultat. A part cette fracture de l'humérus qu'encore une fois, je regrette beaucoup, mais qui ne doit pas trop nous étonner dans un accouchement aussi difficile, je n'ai aucun autre accident à vous faire constater. La mère est maintenant debout et a toujours été bien depuis sa maladie qui remonte à huit jours. J'ai donné une large injection intra-utérine au bichlorure après l'accouchement ; la température s'est toujours maintenue en bas de 98.5° et le pouls n'a jamais dépassé 76. Si vous examinez les deux enfants, vous verrez qu'ils sont réellement à terme et parfaitement bien constitués. Ils pèsent 9½ livres. Ce sont deux filles, et elles offrent toutes deux, fait remarquable, un bec de lièvre à la lèvre supérieure, qui est simple chez l'une et bi-latéral chez l'autre. Ces deux enfants sont unis par toute la paroi antérieure du thorax et de l'abdomen jusqu'à l'ombilic. Il semble qu'il n'y a pas de sternum, mais que les cavités thoraxiques s'ouvrent l'une dans l'autre, limitées de chaque côté par les côtes des deux enfants qui se rejoignent presque horizontalement. Il n'y a qu'un seul ombilic et qu'un seul cordon, ce qui donne à penser que les organes abdominaux, du moins le foie, pourraient bien être uniques ou fusionnés. Malheureusement et malgré tous mes efforts, je n'ai pu obtenir des parents l'autorisation d'une autopsie. J'ai même dû, pour qu'on me laissât, ce soir, vous apporter les petits sujets, m'engager par écrit à les remettre intacts à la famille.

Veuillez croire, Messieurs, que par intérêt pour la science, je le regrette beaucoup. J'aurai probablement les pièces en ma possession pendant quelques mois encore ; si quelqu'un des confrères

voulait venir les voir à domicile, je me ferai un plaisir de les leur montrer.

FORMATION DES MONSTRES.

M. DE COTRET.

M. le Président.

Si vous me le permettez, je féliciterai M. le Dr Garceau, puis je dirai quelques mots sur la monstruosité double.

Je féliciterai M. le Dr Garceau d'abord de la chance extraordinaire qu'il a eue d'être appelé pour un accouchement qui présentait un grand nombre de difficultés et qu'il a su terminer avec une habileté consommée. En effet, si l'on examine les fœtus monstrés, on peut s'imaginer tous les obstacles qu'ils ont dû opposer à la terminaison du travail :

Aucune marque extérieure. Notre confrère nous dit qu'il a fracturé l'humérus du fœtus se présentant le premier, je n'y vois aucune faute. Combien de fois nous arrive-t-il, même avec la meilleure volonté du monde, avec toute l'attention voulue pour l'éviter, de commettre cette faute involontaire, mais je dirai plus, cette faute obligée, même au cours d'accouchements moins compliqués. D'un autre côté, si l'on considère les suites de couches de cette mère fatiguée par une grossesse gémellaire, exténuée par un travail laborieux, on est tenté de se dire : Mais M. le Dr Garceau veut se jouer de nous. Comment, cette accouchée relève sans fièvre, après tant d'accidents, tant de manipulations ?

Non, Messieurs, notre confrère ne se moque pas de nous et c'est ici que je redouble mes félicitations. Il était bien beau de délivrer cette femme en travail, de lui *arracher* son fruit difforme et de le montrer intact dans toute sa laideur et sa monstruosité ; il était beau d'éviter au père la vue de deux enfants broyés, déchirés, ensanguantés, de lui épargner le triste spectacle de débris de chair pantelante, mais il est beaucoup plus beau d'avoir sauvé cette infortunée mère et d'avoir su la préserver de la terrible infection puerpérale qui était mille fois plus à craindre après un tel travail.

M. le Dr Garceau a fait de l'antisepsie et là n'est pas le moindre mérite de son assistance auprès de cette femme. Là, dans l'antisepsie, est le secret du succès de l'accoucheur comme du chirurgien. Jamais on ne peut faire trop d'antisepsie. Encore une fois, j'adresse de sincères félicitations à notre confrère. Je suis jaloux du hasard qui l'a gratifié d'un si beau cas ; je suis jaloux du double succès qu'il a remporté. Lui-même, j'en suis sûr, s'applaudit d'avoir fait de l'antisepsie. Il ne regrette pas le léger ennui de transporter continuellement dans sa poche une fiole de tablettes de bichlorure de mercure, et de s'en servir au besoin.

DIVISIONS.

Les monstres doubles se divisent en deux grands groupes :

1° Les monstres doubles *autositaires*, composés de deux individus sensiblement égaux en développement ;

2° Les monstres doubles *parasitaires*, où les deux sujets sont très-inégaux, de sorte que le plus petit, le plus incomplet se nourrit aux dépens du plus grand auquel il est soudé.

Les monstres doubles autositaires se divisent en *tératopages*, *tératodelphes*, et *tératodymes*.

Les monstres *tératopages*, c'est-à-dire où les deux sujets composants sont chacun complets et soudés l'un à l'autre par une seule région des corps, région dans laquelle même on peut retrouver les éléments complets ou presque complets de chaque sujet, comprennent deux groupes selon les dispositions de l'ombilic : 1° Les *eusomphaliens* où chacun des sujets a son ombilic propre et son cordon ombilical.

2° Les *monomphaliens* où il n'y a qu'un seul ombilic et par suite qu'un seul cordon ombilical commun.

Cette dernière classe se subivise :

I. En *Ischiopages* qui représentent deux sujets à réunion pelvienne placés bout à bout, dans une position similaire, c'est à-dire la face tournée du même côté ;

II. Quand l'union s'étend de l'ombilic vers les parties supérieures du tronc on a 1° les *xiphopages*, la réunion a lieu de l'extrémité inférieure du sternum à l'ombilic ;

2° Les *sternopages* quand la réunion a lieu face à face sur toute l'étendue des sternums (*cas qui nous intéresse*) ;

3° Les *ectopages*, quand la réunion a lieu latéralement sur toute l'étendue du thorax ;

4° Les *hémipages*, quand l'union s'étend du thorax au cou et aux deux mâchoires, les deux bouches pouvant être confondues en une seule et même cavité.

J'ai donné la division des monstres doubles autositaires, laissez-moi en esquisser rapidement l'étiologie.

Pour expliquer la grossesse double on a émis plusieurs théories : c'est une vésicule de Graaf qui renferme deux ovules ; c'est une ovule qui possède deux germes ; ce sont deux vésicules de Graaf qui arrivent à maturité en même temps ou à peu de jours de distance. On a aussi parlé de la superfétation, c'est-à-dire de la fécondation de deux ovules à des intervalles plus ou moins éloignés.

Je laisse de côté toute discussion et je divise les grossesses gémellaires en deux classes : celles où les jumeaux sont complètement séparés, c'est-à-dire ayant leurs enveloppes propres ; celles où les jumeaux sont contenus dans les mêmes membranes, c'est-à-dire la grossesse gémellaire univitelline. C'est dans cette dernière surtout qu'on observe les monstruosité.

Fol prétend et il prouve par de nombreuses observations, que la grossesse gémellaire uni-vitelline provient d'un œuf qui a deux noyaux, ou d'un œuf fécondé par deux spermatozoïdes.

Inutile de vous dire qu'il ne pénètre qu'un élément mâle dans chaque vitellus des œufs sains et normalement fécondés. Quand la maturation de l'œuf est achevée, les spermatozoïdes abondent autour de lui, et viennent s'agglutiner au mucus épais qui l'enveloppe. Un des spermatozoïdes pénètre plus avant dans cette couche mucila-

gineuse ; le vitellus se soulève vers lui et forme une sorte de protubérance, de cône d'attraction qui entraîne pour ainsi dire le spermatozoïde dans l'intérieur de l'œuf. La tête seule y pénètre, se séparant du flagellum qui reste à la périphérie de l'œuf. La couche superficielle du vitellus s'épaissit alors en une membrane qui empêche la pénétration d'autres spermatozoïdes. Arrive un état pathologique quelconque de l'œuf qui empêche la surface du vitellus de donner naissance, sur toute son étendue, à cette membrane, limite qui normalement ferme l'accès à tout nouveau spermatozoïde, et nécessairement d'autres spermatozoïdes suivront le premier dans sa pénétration à l'intérieur de l'œuf.

Fol a expérimenté sur des œufs d'oursins qu'il fécondait artificiellement. Quand les œufs n'étaient pas assez mûrs (avant l'excrétion des globules polaires), quand les œufs étaient trop mûrs (plusieurs heures après la formation des globules polaires), ou quand les œufs provenaient d'animaux ayant souffert un trop long état de captivité ou encore quand les œufs, parfaitement frais, mûrs à point, avaient été narcotisés momentanément, un peu avant la fécondation artificielle, par immersion dans de l'eau saturée d'acide carbonique. Fol s'est aperçu que ces œufs n'avaient plus les propriétés de l'œuf dans les conditions normales, et qu'ils laissaient pénétrer trois à quatre zoospermes dans leur intérieur.

Je reviens au spermatozoïde que nous avons vu pénétrer dans l'œuf. Sa tête englobée forme le pronucléus mâle qui va se fusionner au pronucléus femelle creusé en cupule pour le recevoir. Ces deux pronucléi réunis forme le noyau de l'œuf ou noyau vitellin. Le noyau ovulaire se scinde en deux et donne naissance sous l'enveloppe vitelline à deux cellules distinctes. La segmentation continue ; au lieu de deux cellules, il en existe quatre, et ainsi de suite.

Quand deux, trois ou quatre spermatozoïdes ont pénétré dans l'intérieur, nous trouvons trois ou quatre noyaux mâles qui vont se réunir au noyau femelle. Il survient un temps de repos pendant lequel rien ne fait deviner ce que la fécondation a eu d'anormal, si ce n'est la durée plus grande de cette période d'immobilité. Mais au moment où le premier fractionnement se prépare, on voit apparaître une figure caryocinétique complexe, à trois ou quatre pôles au lieu de deux, ou bien deux amphiastères parallèles ; puis le nombre de cellules de fractionnement est au moins double de celui que présentent des embryons normaux de l'âge correspondant.

La suite du développement de ces œufs donne des larves monstrueuses. Enfin, à l'époque où les larves normales présentent l'invagination primitive qui donne naissance à la forme dite *gastrula*, les larves monstrueuses ont plusieurs enfoncements au lieu d'un seul : ce sont des larves polygastrées. Le nombre des invaginations correspond exactement au nombre d'astères mâles précédemment constatés dans l'œuf. Or, conclut Fol, comme chaque invagination gastruléenne correspond à un individu, et à la caractéristique d'une unité spécifique, on voit que la polyspermie aboutit à la formation de plusieurs sujets aux dépens d'un seul œuf.

Il s'agit maintenant d'expliquer la formation du monstre, ou

l'accroissement, la fusion plus ou moins partielle des deux blastodermes ou des deux embryons développés sur un même vitellus. Mathias Duval nous enseigne par des figures géométriques les diverses dispositions que peuvent présenter deux lignes primitives apparues sur un même disque blastodermique, et le résultat de leur rapprochement.

“ Chez les vertébrés, dit-il, le phénomène de gastrulation se traduit à la surface de l'œuf, par l'apparition de la *ligne primitive*, qui représente un orifice rusconien, c'est-à-dire l'orifice de la gastrula, l'orifice de l'invagination gastruléenne.”

Je continue à citer le même auteur : “ Rappelons d'abord, dit-il, que la ligne primitive apparaît sous la forme d'une encoche sur le bord du disque blastodermique du poulet ; ce disque blastodermique continuant à s'étendre, la petite encoche prend la forme d'une ligne (soit à l'état perméable, soit à l'état de raphé produit par la soudure des bords de la fente dirigée radiairement de la périphérie vers le centre du disque,) puis à un moment donné, cette ligne se sépare de la périphérie correspondante du disque blastodermique qui continue à s'étendre sur la sphère vitelline pour l'envelopper jusqu'à son hémisphère inférieur. La ligne primitive est dès lors située en plein disque blastodermique radiairement étendue vers le centre qu'elle n'atteint pas, et bientôt, coiffant son extrémité dirigée vers le centre, apparaît le dessin des lames, puis de la gouttière médullaire. c'est-à-dire les premiers linéaments du corps de l'embryon. Ajoutons que la région de la ligne primitive correspond à la future région anale (région caudale, bassin) de l'embryon, dont la tête au contraire se formera au niveau de l'extrémité antérieure de la gouttière médullaire, c'est-à-dire de l'extrémité dirigée vers le ventre du disque blastodermique.”

S'il y a eu polyspermie, il y aura double gastrulation et par conséquent deux lignes primitives apparaîtront sur les bords du disque blastodermique. Ces lignes primitives affecteront, l'une par rapport à l'autre, toutes les positions possibles.

Mathias Duval en décrit cinq types principaux :

- 1° Lignes primitives en opposition ;
- 2° Lignes primitives en angle obtus ou angle droit ;
- 3° Lignes primitives disposées à angle aigu ;
- 4° Parallélisme des lignes primitives ;
- 5° Lignes primitives fusionnées à leur extrémité périphérique.

Je reprends et j'explique avec plus de détails :

- 1° Lignes primitives en opposition.

Les deux embryons se développent en marchant l'un vers l'autre par leurs extrémités céphaliques qui arrivées en contact se souderont.

C'est ainsi que nous avons les monstres doubles céphalopages.

- 2° Lignes primitives à angle obtus ou à angle droit.

Les deux embryons en voie de formation se rencontrent et se soudent également par les têtes, mais non plus directement par le vertex ; la soudure est latérale et peut s'étendre plus bas, c'est-à-dire sur le cou et même le thorax.

Les deux têtes sont réunies en une masse unique et constituent les monstres sycéphaliens et les monocéphaliens.

Les monstres sycéphaliens sont composés de deux corps distincts au-dessous de l'ombilic, surmontés d'une tête plus ou moins complète, en d'autres termes, de deux têtes plus ou moins complètes, plus ou moins atrophiées et intimement unies. On a trois genres de cycéphaliens :

Les Janiceps, les Iniopes, les Synotes.

Les monocéphaliens possèdent une tête unique et simple, dans laquelle on ne peut qu'avec beaucoup de peine retrouver les traces de duplicité. Cette tête surmonte deux corps confondus d'une manière plus ou moins intime et sur une étendue plus ou moins grande

Quatre variétés de monocéphaliens :

Les déradelphes ;

Les thoradelphes ;

Les iliadelphes ;

Les synadelphes.

3° Lignes primitives disposées à angle aigu.

La fusion des têtes n'a lieu que dans leurs parties basales, leurs extrémités frontales pouvant se développer indépendamment. De telles dispositions donnent lieu à un hémipage caractérisé par l'union des deux thorax et des deux cous, union qui s'étend jusqu'aux deux bouches confondues en une seule et même cavité.

Il est évident, dit Mathias Duval, qu'on ne saurait tracer de limites absolues entre ce qui peut résulter de deux lignes primitives à angle droit ou de deux lignes primitives à angle aigu. Il nous suffit de voir par là que la transition est graduelle des sycéphaliens aux hémipages, comme nous allons voir qu'elle l'est entre ceux-ci et les types de diplogénèse qui vont suivre.

4° Parallélisme des lignes primitives.

Quand les lignes primitives indépendantes, disposées à peu près parallèlement, donnent lieu à deux gouttières médullaires semblablement disposées, il est facile de voir que les extrémités antérieures (têtes) et postérieures (origine des membres postérieurs) restent indépendantes, mais que les troncs peuvent se fusionner plus ou moins intimement suivant que les embryons se développent plus ou moins étroitement pressés l'un contre l'autre. C'est ainsi que se forment les *ectopages* quand les deux monstres sont soudés sur le côté ; les *sternopages* quand les deux sujets sont réunis face à face sur toute l'étendue du thorax, depuis l'ombilic jusqu'à la partie supérieure de la poitrine.

Le monstre double que vient de vous présenter notre confrère M. Garceau est un sternopage.

Nous pouvons avoir encore avec la parallélisme des lignes primitives : les *xiphopages* quand la monstruosité résulte de la réunion de deux individus depuis l'extrémité inférieure du sternum jusqu'à l'ombilic commun ; les *pygopages* quand les monstres sont réunis par la région fessière.

5° Lignes primitives fusionnées à leur extrémité périphérique.

Pour la compréhension de cette figure qui pourrait faire croire à

la théorie de la diplogenèse par bifurcation ou dédoublement, je veux citer textuellement Duval, autrement il me faudrait entrer dans de longs détails pour exposer les progrès du développement de l'embryon.

“ La ligne primitive, dit Duval, prend naissance par une encoche du bord du disque blastodermique, encoche qui s'allonge graduellement en incorporant les portions immédiatement voisines de ces bords du blastoderme. Or, si deux lignes primitives apparaissent dans le voisinage immédiat l'une de l'autre, sous la forme de deux encoches bien indépendantes, mais presque immédiatement contiguës, comme le montre la figure, il est bien évident que chacune de ces lignes primitives, en s'allongeant, ne trouvera pas dans la portion de blastoderme interposée aux deux encoches, de quoi s'accroître indépendamment de sa voisine, de sorte que les deux encoches arriveront à se confondre en une seule, c'est-à-dire, à donner lieu à la formation d'une ligne primitive simple en arrière, bifurquée en avant, mais représentant en réalité deux lignes primitives qui se sont fusionnées à leur extrémité périphérique ou postérieure. Si maintenant nous tenons compte de ce fait que la ligne primitive répond à la future région anale, au bassin, nous comprendrons que les embryons qui se développent en partant de deux lignes ainsi disposées, se dirigeront en divergeant, n'auront aucune tendance à se souder par leurs extrémités antérieures, mais resteront fusionnés par la partie postérieure de leur corps, et que selon la plus ou moins grande divergence qu'ils affecteront, cette fusion s'étendra plus ou moins loin en avant sur le tronc.”

Dans cette série entrent 1^o les *monosomiens*, caractérisés par l'unité du corps et la fusion interne des deux troncs en un seul. Cette variété comprend : les *atlodymes*, monstres qui, avec un seul corps, ont deux têtes séparées, mais contiguës et portées sur un cou unique ; les *iniodymes*, deux têtes réunies latéralement dans la région occipitale, parfois aussi, dans la portion postérieure de la région pariéto-temporale ; les *opodymes*, l'union de la tête s'étend de l'occiput à la région oculaire.

2^o Les *sysomiens* caractérisés par la fusion plus ou moins complète des deux troncs, les deux têtes restant complètement distinctes et séparées. Ces derniers monstres se divisent en trois genres : les *dérodymes*, les *xiphodymes*, les *psodymes*.

Je me résume et je dis que par les différentes figures géométriques on peut facilement comprendre la formation des monstres doubles autositaires. Mais il faut supposer que les deux sujets sont formés sur un même blastoderme, se développent également, et qu'ils soient placés de la même manière par rapport au centre du blastoderme. Alors ils obéissent à la loi de l'union des parties similaires.

Il ne pourrait y avoir soudure des parties homologues, si l'un des sujets se développait moins que l'autre. Dans ce cas nous assisterons à la naissance de monstres doubles parasitaires.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE QUÉBEC.

Séance du 15 Octobre 1898, tenue au Protestant Hospital
for the Insane. Verdun.

Présidence de M. VALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Election de nouveaux membres : MM. Henry M. Hurd, de Baltimore, Etats-Unis d'Amérique ; Ant. Ritti, de Charenton, France ; A. R. Urquhart, de Perth, Ecosse, et Villers, de Bruxelles, Belgique, sont nommés *membres honoraires* de la société.

Adoption des règlements de la société : Les règlements de la société, préparés par MM. Villeneuve et Chagnon, sont lus et adoptés.

COMMUNICATIONS.

Certificat médical et internement.

M. VILLENEUVE.—A la dernière réunion de la société, j'ai attiré l'attention de ses membres sur la nécessité de modifier la forme actuelle du certificat médical d'internement. Depuis, j'ai continué mes études et mes recherches, et j'en suis arrivé à la conclusion qu'en modifiant la formule B de notre certificat dans le sens du certificat exigé en Angleterre, et notre formule C dans le sens de l'annexe du certificat en usage dans l'Etat de New-York, mais en les adaptant aux besoins spéciaux de notre province, nous serions aussi près de la perfection que possible.

En France, dans la grande majorité des cas, l'internement se fait par les soins de l'autorité administrative. En Angleterre, dans l'Etat de New-York et dans beaucoup d'autres pays, la séquestration est ordonnée par les cours de justice, de diverses juridictions ; dans la province de Québec, c'est le surintendant médical d'un asile qui se prononce sur l'admission des aliénés dans l'asile sous son contrôle et pour le district qui en relève. Les aliénés détenus dans les prisons font seuls exceptions à cette règle, pour les autres, la justice ne peut intervenir que s'ils sont dénoncés comme aliénés scandaleux ou dangereux. Le nombre des aliénés transférés des prisons par ordre du lieutenant-gouverneur, ceux dénoncés comme scandaleux ou dangereux et colloqués sur mandats de juges de paix ou de magistrats de police, n'atteint pas le dixième des admissions, il en ressort que 90 0/0 au moins des admissions sont ordonnées par le surintendant médical.

Le surintendant médical se trouve dans la position d'un juge,

puisqu'il est appelé à exercer une fonction dévolue ailleurs à un juge et à décider de la liberté des individus, avec cette différence qu'il se prononce, non pas après l'examen de l'individu en cause et de l'audition des parties, mais sur l'examen des pièces qui lui sont fournies.

La plus importante de ces pièces est sans contredit le certificat médical. Ce certificat devrait donc fournir la preuve : 1° Que l'individu est aliéné,—ce qui ne peut mieux se démontrer que par la relation des symptômes de folie constatés directement par le médecin ; 2° Qu'il y a nécessité de le placer dans un asile, soit dans un but de traitement, de protection ou de sécurité publique,—ces différents points s'établissent par la forme d'aliénation mentale, dont le certificat médical devrait donner une idée suffisante, par l'étude des circonstances dans lesquelles se trouve le patient, de ses faits et gestes et des actes auxquels il s'est livré ; les dépositions et les noms des témoins oculaires sont ici indispensables ; 3° Que l'état physique du patient permet de le transporter dans un asile, d'espérer des résultats favorables d'un traitement spécial, d'autoriser à croire qu'il pourrait devenir dangereux ou scandaleux.

Or, ainsi que je l'ai démontré à notre dernière réunion, cette pièce est la plupart du temps manifestement insuffisante. Beaucoup de ces certificats ne font aucune mention des signes de folie constatés directement par le médecin,—ne rapportant les faits observés par d'autres personnes que d'une manière imparfaite ou quelquefois les grossissant démesurément, sans donner les noms des témoins oculaires, de sorte qu'il est impossible plus tard d'en contrôler l'exactitude.—enfin, n'établissant pas suffisamment quel est l'état physique du malade, tellement que de véritables moribonds ont été transportés à l'asile, sans que rien dans le certificat médical n'eût pu faire pressentir un tel état.

Pour obvier à ces inconvénients, la rédaction du certificat devrait forcer le médecin, en déclarant que l'individu est aliéné et doit être interné dans un asile, à énoncer séparément :

1° Les faits observés par lui-même, lors de l'examen ;

2° Ceux qui lui ont été communiqués par d'autres, en donnant le nom et l'adresse des personnes qui lui ont fourni ces renseignements.

Ce certificat devrait aussi contenir une déclaration précise sur l'état physique du patient.

Le certificat anglais contient tous ces desiderata et d'autres différences de détail, qu'il serait utile d'introduire dans le nôtre, comme par exemple, la date précise de l'examen et la désignation exacte de l'endroit où il a été fait avec l'adresse postale et le domicile du médecin certificateur. La formule C qui est comme l'annexe de notre certificat médical et qui ne contient pas moins de 31 questions devrait être complètement remaniée, parce qu'elle ne répond pas au but que l'on se proposait d'atteindre. Je propose comme type pour ce remaniement, l'annexe du certificat médical de l'Etat de New-York qui obtient par 10 questions d'une rédaction claire et précise, tous les renseignements supplémentaires que l'on puisse désirer. Je

crois que la société devrait nommer un comité pour mettre cette question à l'étude et soumettre un projet de certificat médical, à sa prochaine séance.

La société adopte le vœu de M. Villeneuve et nomme un comité spécial composé de MM. Villeneuve et Anglin à l'effet d'étudier cette question. Ils devront rédiger à nouveau la série des certificats nécessaires à l'internement des aliénés et les soumettre à la société à sa prochaine séance.

Influence d'un traumatisme sur l'état mental.

M. CHAGNON.—Les maladies incidentes, de même que les traumatismes, survenant chez les aliénés durant l'évolution de leur affection mentale, sont quelquefois d'un bon appoint au médecin aliéniste, en procurant une guérison rapide, qui, ou se serait fait attendre, ou encore, peut-être, ne se serait pas produite. Il m'a été donné d'observer dans mon service, à l'asile St-Jean-de-Dieu, un cas qui s'est terminé par une guérison, après une durée de deux ans, grâce à un traumatisme.

Sommaire : Hugh James K..., 25 ans, état de stupeur, plaie pénétrante de l'abdomen, guérison.

Hugh James K... est admis à l'asile St-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe, le 19 octobre 1896. Il est âgé de 25 ans, et fils de cultivateur. Il n'y aurait aucune tare héréditaire dans sa famille, et lui-même ne présente aucun stigmate physique.

Il était conducteur de tramway depuis quelques jours, lorsqu'il survint au tramway dont il avait charge, un accident de peu d'importance, qui cependant suffit pour troubler son équilibre mental. Ceci se passait une quinzaine de jours avant son entrée à l'asile.

A son admission, il présente une légère excitation maniaque, qui fait bientôt place à la stupeur, durant laquelle il devient parfois nécessaire de recourir à l'alimentation forcée. Cette stupeur n'est pas non plus toujours continue; elle est entrecoupée d'accès maniaques plus ou moins intenses. Quelques idées ambitieuses se montrent parfois et des hallucinations de l'ouïe le rendent impulsif. Il verse enfin dans le gâtisme.

Le 13 juin 1898 au matin, il fait une tentative de suicide. Il s'enfonce un couteau dans la région épigastrique. La blessure se dirige de droite à gauche, suit le muscle droit sur son étendue de $\frac{1}{2}$ pouce environ, et s'enfonce dans la ligne blanche par une ouverture légèrement oblique mesurant un pouce.

Monsieur le docteur Brennan est de suite appelé afin de pratiquer une laparatomie. On ne rencontre aucune perforation intestinale ou stomacale. Une couche superficielle de l'omentum est seule

enlevée, mettant à nu une veine très gorgée. Légère hémorragie d'une veinule à ce même endroit. Ligature au moyen d'un catgut et l'abdomen est refermé. Lors de l'application des sutures profondes, le malade présente de l'asphyxie, arrêt de la respiration, danger imminent de mort. Traction rythmée de la langue par la méthode Laborde, et il revient à la vie. Les suites opératoires sont excellentes, pas d'élévation de température, pas de suppuration. Les dernières sutures sont enlevées le 28.

Cette tentative de suicide, qui était la première, avait eu pour cause des hallucinations de l'ouïe, "il y a trop longtemps que l'on me fatigue, me dit-il, je préfère mourir." Durant la première semaine qui suivit l'intervention chirurgicale, il s'alimente très imparfaitement en dépit de nos sollicitations : il voulait mourir. Et déjà, nous nous voyions obligés de recourir à bref délai à l'alimentation forcée, lorsqu'il se décide tout à coup à prendre tout ce qu'on lui donne. À partir de ce moment, sa convalescence progresse rapidement, et le 31 août il pouvait retourner dans sa famille.

Deux cas de troubles psychiques post-opératoires.

M. CHAGNON.—J'ai eu l'avantage d'observer deux cas de troubles psychiques post-opératoires survenus, l'un à la suite de l'amputation d'un sein et l'autre à la suite d'une amputation de jambe. En voici les observations.

Sommaire : Observation No. 1, Madame D..., 34 ans, sarcome du sein, opération, manie aiguë.

Madame D... est admise à l'Hôpital Notre-Dame, Montréal, le 26 mars 1891. Elle vient s'y faire opérer d'un sarcome du sein. L'opération est faite avec succès le 28 mars durant la matinée. La nuit suivante, elle dort peu, légère agitation durant la journée du 29, insomnie absolue cette même nuit du 29, et enfin crise de manie aiguë le 30.

Cet état se continue ; elle devient tellement agitée, tellement bruyante que son transfert à l'asile s'impose. Elle est admise à St-Jean-de-Dieu le 3 avril, et elle y meurt le 7 de délire aigu.

Nous apprenons de son mari, ce qu'elle n'avait pas déclaré, qu'à la suite de son mariage, il y a trois ans, elle avait présenté de l'excitation maniaque de peu de durée, et qu'une sœur était aliénée. Il a été impossible d'avoir des renseignements sur les ascendants.

Sommaire : Observation No 2, Madame F..., 54 ans, arthrite fongueuse de l'articulation tibio-tarsienne, amputation de la jambe, folie circulaire.

Madame F... est admise à l'Hôpital Notre-Dame le 5 juin 1894, pour une arthrite fongueuse de l'articulation tibio-tarsienne datant de 5 ans environ.

Antécédents héréditaires.—Père mort à 77 ans de débilité sénile. Mère morte à 68 ans de la grippe. A eu 7 frères dont 4 sont morts en bas âge, les 3 survivants sont en bonne santé; 3 sœurs sont en bonne santé.

Antécédents personnels.—A eu 11 enfants et une fausse couche. N'a jamais présenté de troubles nerveux. Il y a 18 ans, s'est aperçu qu'il lui venait une "tumeur" à la surface dorsale du pied. Gênée par son volume croissant, elle se la fait enlever 6 ans plus tard. La plaie ne guérit pas, il survient une nécrose des os, on lui enlève des séquestres; guérison pendant 6 à 7 ans, puis reprise de la maladie. Elle est alors admise à l'hôpital. Elle était à cette époque excessivement débilité, et l'opération lui est proposée comme unique moyen de lui sauver la vie. Amputation de la jambe au tiers inférieur. Hémorrhagie secondaire très abondante. Laisse l'hôpital le 3 juillet.

A sa sortie de l'hôpital, madame F... est très anémiée. Deux ou trois mois plus tard elle commence à présenter des symptômes de mélancolie, "elle voit tout en noir, tout lui paraît gros comme des montagnes, elle va tomber dans la misère." Cet état mélancolique débute vers le soir, se continue jusqu'au lendemain soir, et est remplacé par une période de surexcitation mentale de même durée. Les accès mélancolico-maniaques se succèdent régulièrement depuis leur apparition et ne sont pas suivis d'intervalles lucides. Actuellement quoique moins marqués, ils sont encore parfaitement distincts. Leur début avait été tout à fait insidieux.

Dans le premier cas, il y a attaque antérieure de folie, hérédité collatérale, et peut-être directe, puisque les parents sont inconnus, et le traumatisme n'aurait eu pour effet que de faire éclater les troubles intellectuels dans un cerveau déjà préparé.

La malade qui fait le sujet de la deuxième observation ne présente aucun antécédent névropathique, héréditaire ou personnel. On ne peut invoquer aucune préoccupation, la crainte de l'opération, la peur de la mort. Elle savait que l'opération seule pouvait lui sauver la vie, et elle s'y est décidée avec courage. Le résultat opératoire a été excellent; la guérison s'est produite rapidement. Il faudrait donc conclure que l'opération seule a été suffisante pour provoquer les troubles mentaux.

Alcoolisme et responsabilité, aspect social et administratif de la question.

M. VILLENEUVE.—Je désire soumettre à la société un rapport que j'avais été chargé de préparer par la Cour du Banc de la Reine, sur la responsabilité d'un inculpé accusé d'avoir illégalement tenté de se suicider.

L'accusation avait été portée en vertu de l'article 238 du code criminel de 1892, qui se lit comme suit: "Celui qui tente de se suicider est coupable d'un acte criminel et passible de deux ans d'emprisonnement." L'inculpé ayant plaidé coupable lorsqu'il fut amené à la cour pour répondre à l'accusation portée contre lui, son plaidoyer

fut accepté et la cour lui imposa une sentence d'un emprisonnement de neuf mois, sans que je fusse appelé à présenter mes conclusions. De sorte que mon rapport n'eut aucune influence sur la décision de la cour. Cependant, comme ce cas me semble présenter un grand intérêt non seulement au point de vue de la responsabilité dans l'alcoolisme, mais aussi et surtout au point de vue administratif et social de la question, j'ai pensé qu'il serait intéressant d'entendre les membres de cette société exprimer leur opinion.

Je vais vous lire textuellement mon rapport.

Rapport de l'état mental de L. T., accusé d'avoir illégalement tenté de se suicider.

L. T., maintenant détenu à la prison commune de Montréal est inculpé, devant votre Honorable Cour d'avoir, le 24 juillet 1897, en la cité de Montréal, dans le district de Montréal, illégalement tenté de se suicider.

La tentative, ou plutôt les tentatives de suicide dont L. T. est incriminé, ont été faites dans une cellule d'un poste de police et les circonstances sous lesquelles elles se sont produites ont été racontées par les agents de police, à l'enquête préliminaire tenue par le magistrat de la Cour de Police.

Quant à l'inculpé, il déclare ne se rappeler de rien, si ce n'est qu'il avait bu fortement depuis deux ou trois jours et que vers les dix heures du soir, le 24 juillet, se sentant envahir par le délire alcoolique, dont il avait déjà éprouvé plusieurs fois les manifestations, il était allé demander protection au poste de police, et qu'on l'avait éconduit, en le conseillant de s'en aller chez lui. Le détenu ajoute qu'après cela, ils s'était remis à boire, puis qu'il avait perdu conscience de lui-même et n'avait repris ses sens que le lendemain matin lorsqu'on est venu le chercher pour paraître devant le recorder. Il affirme qu'il n'a pas eu conscience de son arrestation pas plus que des tentatives de suicide qu'il a faites et qu'il n'en a conservé aucun souvenir.

Les agents du poste ont raconté, qu'en effet, L. T. s'était présenté au poste vers les 10 heures du soir dans un état marqué d'ébriété et leur avait dit qu'il voulait en finir, qu'il y avait assez longtemps qu'il *courailait* et leur avait demandé de venir parler à sa femme qui était partie de chez lui et ne voulait pas y rentrer. Les agents lui conseillèrent de s'en aller tranquillement chez lui. Un peu plus tard on vint dire au poste, qu'un individu faisait du tapage sur la rue. Les agents s'y rendirent et amenèrent L. T. au poste, car c'était lui qui troublait ainsi la paix publique, et l'enfermèrent dans une cellule en compagnie d'un autre prisonnier. Lorsqu'il a été enfermé, l'inculpé était dans un état d'ébriété très avancé et il avait l'air égaré. Quelques minutes après, un constable s'entendant appeler par le compagnon de L. T. se rendit à la cellule et vit ce dernier qui gesticulait et sautait tout le long de la cellule. Un des prisonniers avait eu

des évacuations alvines sur le plancher. Sur les plaintes de son compagnon, qui en avait peur, L. T. fut placé seul dans une autre cellule. Au bout de quelque temps le gardien du poste fut attiré près de cette cellule par les cris de L. T. qui chantait à tue-tête *gai gai, ça va bien* et il le vit qui essayait en même temps de se trancher l'artère radiale au poignet gauche avec un morceau de verre. Cette tentative a été sérieuse, car le détenu présente plusieurs cicatrices très marquées, transversales, occupant toute la largeur du poignet. L'agent lui fit un pansement, et, pour prévenir de nouvelles tentatives, il l'attacha avec une courroie. Quelque temps après, n'entendant plus rien, l'agent alla voir et vit T. pendu aux barreaux de la cellule au moyen de la courroie avec laquelle il l'avait attaché et dont il était parvenu à se défaire, on ne sait trop comment. Les pieds de T. touchaient à terre et il avait les genoux ployés, de sorte que s'il s'était redressé, "il n'aurait plus été pendu." Mais à ce moment, le prisonnier n'aurait certainement pas pu se relever, car il était comme mort, il avait la figure congestionnée et noire. Après avoir été détaché, il est retombé inanimé sur le plancher. A peine était-il revenu à lui, qu'il essayait de s'étrangler au moyen de sa cravate, enroulée autour du cou et attachée aux barreaux de la porte; couché à terre il faisait des efforts pour tendre le lien, en s'éloignant de la porte. Ne pouvant tirer la porte à lui, ce qui eut certainement été fatal pour T., le constable coupa la cravate qui le retenait et délivra T., en défaisant la cravate qu'il trouva très serrée autour du cou. Les agents ajoutent que T. entre temps s'était frappé la tête aux barreaux de la cellule comme pour se tuer.

La matérialité et la gravité des tentatives de suicide ne sont pas douteuses, elles sont affirmées par des témoins dignes de foi et le détenu lui-même en porte encore les traces. Quant à T. il déclare n'avoir jamais eu l'intention de se suicider, il ne se rappelle de rien et il n'accepte qu'avec une certaine hésitation le récit des agents de police.

Les circonstances dans lesquelles s'est accompli le délit, les affirmations du prévenu ne laissent pas d'être étranges, aussi la Cour a-t-elle jugé nécessaire avant d'imposer une peine au détenu de soumettre son état mental à l'appréciation médicale.

Pour bien apprécier l'état mental et la responsabilité d'un tel inculpé, il y a nécessité, comme le dit Legrain, dans ses études sur l'alcoolisme, non seulement de bien analyser, par le détail même, les faits incriminés, mais de connaître aussi la personnalité de l'inculpé, de scruter son état de conscience, d'examiner son passé, ses habitudes, les circonstances qui ont précédé non-seulement de longtemps l'accomplissement du délit, mais l'état ébrié pendant lequel celui-ci a été soumis.

On sent bien qu'avant de poser la question de responsabilité relativement à l'acte commis, il y aurait lieu de poser la question préjudicielle: si le délinquant était capable et dans quelle mesure de s'empêcher de boire.

C'est-à-dire que l'on doit se demander, avec bon nombre d'auteurs, si les facultés mentales de l'inculpé avaient subi un obscurcissement

complet au temps de l'action de par l'état ébrioux et si c'est bien l'ivresse seule qui était en cause, c'est-à-dire s'il était ou n'était pas libre de ne pas boire ? S'il a bu en vertu d'une prédisposition spéciale, d'une impulsion irrésistible, d'un entraînement ? S'il était en possession de son libre arbitre, lorsqu'il a succombé à son penchant ? (1)

Actuellement L. T. ne présente aucun trouble intellectuel, son état de santé d'esprit pendant toute la durée de notre observation ne peut faire l'objet d'aucun doute ; sa lucidité est complète, sa mémoire est sûre et fidèle ; il se rend parfaitement compte de sa situation ; il répète volontiers qu'il regrette profondément ses excès de boisson auxquels il s'est livré ; ce qui est certain, c'est qu'il en apprécie les conséquences. Il ne délire sur aucun sujet et il n'éprouve pas de troubles sensoriels. Antérieurement du reste, sa raison n'avait jamais été suspectée, excepté à l'occasion de ses excès de boissons. Les personnes de son entourage ont dit qu'une dose relativement peu considérable suffisait à le plonger dans l'ivresse et qu'il était comme fou lorsqu'il avait bu ; une fois même il a été interné et maintenu dans un asile d'aliénés aux États-Unis, à la suite d'une tentative de suicide faite au cours d'un excès ébrioux. T. affirme que sobre, il n'a jamais eu l'idée ni le désir de se suicider. Dans tous les cas il n'a jamais fait aucune tentative de suicide, en dehors de ses excès ébrioux.

L. T. est âgé de 26 ans, il est marié depuis 6 ans. Son père est un respectable citoyen d'une sobriété absolue, d'une conduite irréprochable, d'une intelligence normale, et qui n'a jamais présenté aucun trouble intellectuel. Le fait qu'il conserve, depuis longtemps (30 ans), le même emploi, prouve la régularité de sa conduite. Son grand-père paternel était alcoolique, faisait des excès fréquents et prolongés ; un oncle paternel a été alcoolique, faisait des fêtes et tombait souvent dans le délire à l'occasion de ses excès. Une sœur de son père, mariée, est morte à l'asile St-Jean-de-Dieu, en deux semaines, d'une attaque de manie suraiguë survenue à la suite des fatigues subies et des veilles qu'elle avait faites pendant la maladie d'une de ses nièces et du chagrin qu'elle avait éprouvé de sa mort. Elle avait eu de fréquentes attaques de manie d'une grande intensité et d'une assez longue durée, avant et depuis son mariage, sous l'influence des causes les plus banales, tel que manque de sommeil pendant quelques nuits, contrariétés, etc.

Le prévenu est de petite taille, le développement du crâne est relativement considérable pour un homme de sa taille, la peinture de

(1) Magnan V. De l'alcoolisme, Paris, 1874 ; Vétault V. Etude Médico-Légale sur l'alcoolisme, Paris, 1887 ; Riant A. Les irresponsables devant la justice, Paris, 1888 ; Legrain M. Hérité et alcoolisme, Paris, 1889 ; Garnier P. La folie à Paris, Paris 1889 ; Magnan V. Leçons cliniques sur les maladies mentales, Paris, 1893 ; Motet et Vétault, De la responsabilité des alcoolisés. Congrès de médecine mentale, Paris, 1889 ; Proal L. Le crime et la peine, Paris, 1894 ; Legrain M. Dégénérescence sociale et alcoolisme, Paris, 1895 ; Magnan V. Leçons cliniques sur les maladies mentales, 2de série, Paris, 1897 ; Lentz M. Des ivresses anormales et pathologiques, bulletin de l'Académie de Médecine, Bruxelles, t. XII, No 2, 1898.

ses chapeaux atteint le No 7. Une bosse sur la tempe gauche, une légère déviation du nez et l'effacement d'un des angles au menton, tout cela lui donne une apparence assez sensiblement asymétrique.

Les renseignements que je possède sur son existence ne sont pas très complets et sont sujets à caution. Ils m'ont été fournis par un de ses compagnons de classe, dont les souvenirs sont peu précis ; par son père qui le craint, qui tremble que son fils ne s'ôte la vie et qui n'aimerait rien autant que de le voir enfermé ; par sa femme qui semble portée à l'indulgence, par le prisonnier lui-même qui ne désire rien tant que sa libération et cherche dans ce but à atténuer l'effet de ses écarts.

A travers ces exagérations et ces réticences, le caractère et la conduite de L. T. se dégagent distinctement comme suit de l'observation clinique des faits. Au collège il a été considéré comme un garçon de talent ; malgré une tendance à la paresse, il a bien réussi dans ses classes, parce qu'il lui fallait peu d'efforts pour apprendre. Mais il était tenu en défiance à cause de son caractère sournois et il était généralement regardé comme un être mal équilibré. Plus tard, après avoir quitté le collège, il s'est toujours acquitté avec intelligence, dans ses périodes de sobriété, des emplois qu'on lui a confiés. Ses derniers patrons disent que quand L. T. ne boit pas, il leur donne entière satisfaction, qu'il est un excellent employé, poli, de belles manières, laborieux et intelligent. Le fait de l'avoir gardé à leur service malgré ses écarts et de l'avoir repris après ses condamnations, prouve assez la bonne opinion que ses patrons ont de son intelligence, de son travail et de son habileté. Ses habitudes d'intempérance se sont manifestées bruyamment surtout depuis son mariage. Avant cet événement, on n'avait rien remarqué ; mais son père prétend qu'il buvait en cachette au dehors, avec des amis, et qu'il s'était ainsi habitué progressivement à boire. Quoi qu'il en soit, depuis son mariage, il s'est enivré fréquemment, ne passant pas un mois ou deux, sans faire des fêtes de plusieurs jours de durée, à part le temps où il a été enfermé soit à l'asile, soit à la prison, car les manifestations bruyantes de son ivresse l'ont souvent fait arrêter sur la rue, et ses tentatives répétées de suicide l'ont amené devant les tribunaux plusieurs fois.

L'ivresse de L. T. présente presque toujours un caractère identique. Il s'enivre très facilement, et les boissons alcooliques agissent chez lui avec une extrême rapidité. Quelques verres lui font perdre complètement contrôle de lui-même. Alors il boit avec rage ; si l'on s'y oppose, il devient violent. Un jour, il a terrassé sa femme et l'a saisie à la gorge pour se faire donner de l'argent pour boire encore. Quand il est ivre, il est méchant, agressif, frappe, brandit des armes et brise les meubles. Il a menacé son père et celui-ci a éprouvé plusieurs fois beaucoup de difficultés à le maîtriser. En peu de temps, quelque fois dans les 24 heures, le délire toxique paraît, il se manifeste par des cauchemars, des terreurs nocturnes et des hallucinations spécifiques qui ne tardent pas à apparaître. Il voit ses parents défunts, des animaux fantastiques, des punaises grosses comme des éléphants qui ouvrent d'énormes gueules, il voit des rats qui lui grim-

pent sur le corps, etc. Plusieurs fois il a eu des crises épileptiformes violentes, avec chute, convulsions toniques et cloniques, stertor, congestions intenses de la face et écume à la bouche. Du moment qu'il est privé de boisson, le délire disparaît promptement et il reprend ses sens rapidement et les troubles intellectuels ne persistent pas au delà.

C'est au cours d'excès semblables et presque toujours dans les postes de police où on l'avait enfermé pour ivresse bruyante, qu'il a commis ses tentatives de suicide, qui peuvent se chiffrer au moins par la dizaine..... Il m'a été impossible de me procurer à ce sujet des renseignements exacts, car le prévenu ne conserve pas ou ne prétend pas conserver une seule trace du souvenir des actes qu'il commet pendant la période avancée de son ivresse; ce qu'il prétend savoir, c'est ce qu'on lui a dit, voilà tout. A New-York, où il a habité pendant les premières années de son mariage, le délire qu'il présente toujours lorsqu'il s'enivre, les attaques convulsives auxquelles il est sujet, l'ont souvent fait prendre pour un aliéné ou un épileptique, en l'absence de renseignements sur ses antécédents, et plusieurs fois il a été conduit à l'Hôpital Bellevue, pour y être examiné en vue de son internement dans un asile d'aliénés; cependant, comme ces phénomènes morbides, malgré leur intensité, disparaissaient rapidement, par la privation de l'appoint alcoolique, il n'était pas donné suite à cette mesure, par suite du retour de la lucidité.

Une fois cependant, à la suite d'une tentative de suicide par submersion, le 24 décembre, 1894, il fut conduit à l'hôpital. Ayant présenté une attaque convulsive et comme il avait eu du délire, les médecins qui ne le connaissaient pas crurent à un épileptique délirant et remplirent un certificat d'aliénation mentale. Le lendemain il fut transféré à l'asile. Il y resta jusqu'au 30 mars, 1895. Dès le lendemain de son arrivée, il était déjà parfaitement lucide, parlait raisonnablement et était en état de renseigner les médecins. Il se rappelait d'avoir bu et d'avoir fait du tapage dans un tramway, mais il n'avait conservé aucune trace du souvenir de la tentative de suicide et de son passage à l'hôpital, où il avait dû présenter pour le moins de l'obtusion intellectuelle, puisque les médecins certificateurs disent qu'il avait répondu comme un épileptique. Pendant toute la durée de son séjour à l'asile, il n'eut pas de crises convulsives et il ne présenta jamais le moindre trouble intellectuel.

Nous avons vu précédemment, qu'en dehors de ses excès ébrioux, L. T. n'avait jamais présenté aucun trouble intellectuel, qu'il était considéré comme un homme très intelligent et qu'il avait fait preuve d'une remarquable habileté dans les affaires.

Il résulte donc clairement de l'étude des phénomènes présentés par L. T., dans la nuit du 24 juillet, 1897, contrôlée par celle d'accès identiques antérieurs, qu'il a fait sa tentative de suicide au cours d'un accès de délire alcoolique, assez prononcé pour qu'il soit possible de déclarer qu'il avait perdu totalement conscience de lui-même, qu'il était incapable d'apprécier la nature et la gravité de son acte et de se rendre compte que cet acte était mal, et qu'il était dans l'impossibilité de diriger sa volonté.

Mais il nous reste à résoudre la question préjudicielle, savoir : si le délinquant était capable et dans quelle mesure de s'empêcher de boire.

L. T. est assez intelligent pour connaître les conséquences de l'alcoolisme, il ne boit pas en vertu d'une idée délirante ou d'une hallucination ; il ne reste donc qu'à voir si L. T. est poussé à boire fatalement et irrésistiblement par une impulsion, c'est-à-dire s'il est atteint de dipsomanie, sinon, si son pouvoir de résistance à l'appétence alcoolique est entier.

Magnan a décrit la dipsomanie un "entraînement irrésistible, qui pousse, par intervalles, l'homme à boire par excès des liqueurs enivrantes". Voyons en quelques mots, d'après Magnan et avec lui tous les auteurs, quels sont les caractères cliniques de l'accès dipsomaniaque. Celui-ci est en général précédé de prodromes dont le principal est une dépression mélancolique avec tristesse, sentiment de langueur, découragement, modifications profondes dans le caractère. Avec ces symptômes mélancoliques, on note l'anxiété précardiale, un serrement à l'épigastre et parfois à la gorge, puis des troubles de la sensibilité générale, une sensation de brûlure à l'estomac, d'ardeur au gosier, les malades ont une soif intense, non pas une soif qu'une boisson quelconque pourrait calmer, mais une soif particulière avec désir, tendance irrésistible à boire quelque chose d'excitant (Magnan). La lutte du dipsomane contre l'impulsion à boire, amène chez lui un état d'angoisse morale inexprimable, il succombe presque infailliblement, il boit alors en désespéré ; "on peut dire qu'il boit avec dégoût pourvu qu'il boive" (Legrain).

Ainsi que nous l'avons vu précédemment, le malade s'est habitué progressivement à boire, avec des amis, en cachette de son père. Peu à peu ses excès ébrioux sont devenus plus fréquents et plus considérables, tellement qu'il s'enivre maintenant très souvent. Le goût des boissons alcooliques s'est ainsi établi chez lui, par l'habitude : il en résulte un état d'appétence habituelle dont il se rend bien compte puisqu'il prend certains moyens pour se soustraire à ce penchant. C'est ainsi par exemple qu'il envoie sa femme retirer ses gages, afin de ne pas avoir d'argent sur lui. Cependant lorsqu'une occasion se présente d'accepter un verre d'un ami, ou d'en offrir pour célébrer une vente, ou clore une transaction, il ne la fuit pas, il se dit qu'il n'y a pas de mal à prendre un verre, et qu'il s'en tiendra là. Malheureusement, ce premier verre en attire une série d'autres, dont chacun doit être le dernier. Il pense toujours pouvoir s'arrêter à temps. Il y a loin de la genèse de ces excès de boissons à celle de l'accès du dipsomaniaque ; poussé irrésistiblement à boire par une impulsion incontrôlable, surgissant en dehors de toute occasion, précédée et accompagnée de symptômes caractéristiques, constituant une entité morbide bien définie, une maladie, enfin, dont le dipsomane ne saurait être tenu responsable, pas plus qu'un typhique, de sa fièvre typhoïde, pas plus qu'un tuberculeux de sa tuberculose. Le malade attribue ses fêtes à l'habitude et à l'occasion. J'ai en vain cherché, par l'interrogatoire et par l'étude des circonstances, à trouver à ses excès ébrioux l'accompagnement des symptômes si caractéristiques

de l'impulsion dipsomaniaque; mes recherches sont restées négatives. Son père, sa femme n'ont jamais remarqué chez lui rien qui pût approcher de cet état.

On peut donc affirmer que T. n'est pas poussé à boire par une impulsion irrésistible et qu'il est par conséquent libre de boire ou de ne pas boire. Mais dans quelle mesure? Telle est la question qui se pose maintenant.

L'ivrognerie présente souvent des caractères pathologiques suffisants, par eux-mêmes, pour mettre sur la trace d'une prédisposition morbide, et le prédisposé s'enivre facilement; sa résistance psychique en face de l'alcool est souvent si faible qu'on voit survenir l'ivresse après un excès qui ne compterait pas pour un homme équilibré (Legrain). Bien plus, cette ivresse prend rapidement la forme anormale et compliquée (Vétault).

Tel est absolument le cas de T. Il présente une susceptibilité anormale à l'action toxique de l'alcool indiquant une organisation cérébrale défectueuse, qu'il est naturel d'attribuer à une prédisposition héritée de son grand-père, laquelle s'est aussi affirmée par l'alcoolisme délirant de son oncle et par la folie de sa tante, survenue à la suite des causes les plus banales, insuffisantes pour ébranler un cerveau non prédisposé. Quant au prévenu lui-même, je l'ai trouvé émotif, impressionnable et d'une assez grande nervosité. Tel aussi il a été connu par les personnes de son intimité. Mais la dégénérescence ne s'affirme pas autrement chez lui, puisqu'il ne présente aucun des signes ou stigmates psychiques de dégénérescence mentale décrits par Magnan et ses élèves (obsessions, impulsions, craintes, etc.), et que dans les intervalles de ses accès, il présente un équilibre mental qui n'a jamais rien laissé deviner d'anormal.

On peut dire que parmi les facultés intellectuelles de l'inculpé, c'est la volonté seule qui serait en faute, et que son caractère dominant serait la faiblesse de la volonté, sans qu'il soit possible de trouver à cette défaillance de la volonté un caractère pathologique qui la différencie nettement d'une habitude vicieuse. Dans la lutte entre le penchant à boire et la volonté, celle-ci succombe plus par la mollesse avec laquelle elle s'exerce en face de l'appétit pour la liqueur dont la satisfaction est recherchée par lui-même, pour la plus grande part du moins, à l'occasion de circonstances qui pourraient être évitées, que parce qu'elle est impérieusement dominée par un penchant irrésistible à boire d'un caractère manifestation pathologique, surissant en dehors de tout désir et de toute occasion.

Legrain a dit dans son étude sur l'hérédité de l'alcoolisme: "Un autre fait capital que nous avons établi est la transmission fatale de l'appétence pour les liqueurs fortes par voie d'hérédité, dans un grand nombre de cas". Dans ce même traité, il ajoute: "qu'un des grands caractères de la dégénérescence mentale est la grande facilité avec laquelle les malades se laissent influencer et qu'ils sont le plus souvent faibles de volonté". Il est donc légitime d'admettre, en faisant la large part de la fatalité chez le prévenu, que l'action volontaire peut être amoindrie chez lui par une prédisposition qu'il tient de l'hérédité.

Conclusions :—L. T. ne saurait être considéré comme un aliéné ; on ne trouve chez lui ni affaiblissement mental ni trace d'un délire quelconque.

Au moment du délit incriminé, ses facultés mentales avaient subi, par le fait de l'ivresse profonde dans laquelle il était plongé, un obscurcissement complet.

Comme le fait de l'ivresse ne relève pas de la maladie proprement dite, il ne m'appartient pas de me prononcer sur la responsabilité pénale de l'inculpé, dont l'appréciation revient à la justice.

Toutefois, en raison de l'hérédité morbide qui fait de lui un prédisposé, on peut admettre en sa faveur une atténuation de la responsabilité pénale.

Nous avons devant nous le cas d'un individu, qui, depuis de longues années, s'enivre fréquemment et dont les tentatives de suicide au cours de ses excès ébriens ne se comptent plus. Il néglige ses intérêts et n'a aucun souci de sa famille. Malgré de nombreuses condamnations et même un internement dans un asile d'aliénés, il ne s'est jamais amendé. S'il ne recherche pas les occasions de boire, il ne les évite pas non plus. Il y a tout lieu de croire qu'à sa sortie de prison, il recommencera le même genre de vie, sans que les conséquences graves de son alcoolisme pour lui-même, et pour sa famille, ne puissent l'arrêter. C'est donc un être nuisible pour lui-même parce qu'il attente à sa vie, pour sa famille qu'il néglige et pour la société à laquelle il devient à charge sans aucune contribution. Cependant, dans l'état actuel de notre législation sur les asiles d'aliénés et d'ivrognes, et de l'organisation de l'assistance publique, nous ne pouvons rien pour l'amender, et la prison semble être le seul remède que nous puissions lui appliquer et le seul asile que nous puissions lui offrir pour le protéger contre lui-même.

En effet, la loi ne permet d'interner dans les asiles que des aliénés ; pour interner un alcoolique, il faut donc le rendre tributaire de la loi. L'ivresse simple, même d'habitude, ne justifie pas l'internement. Il faut que l'usage de l'alcool en fasse un véritable aliéné, c'est-à-dire qu'il présente des troubles intellectuels graves tels, qu'on arrive à désigner l'intoxication sous le nom de folie alcoolique. Il ne s'agit pas ici d'une simple épisode ébriens, mais d'une véritable folie, se présentant avec des symptômes bien connus. Le dipsomane, c'est-à-dire celui qui boit par impulsion irrésistible, tombe dans la catégorie des aliénés ; il en est de même de ceux que ne peut restreindre la faiblesse de leurs facultés, congénitale ou acquise, et, en un mot, tous ceux qui boivent, parce qu'ils sont aliénés.

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

Il y a bien des asiles pour les ivrognes, mais ceux-ci peuvent s'y internier de plein gré; ils peuvent les quitter de même. Nulle personne ne peut y être conduite ou retenue contre son gré, à moins que le directeur ne soit autorisé à la recevoir et à la retenir, par un ordre de l'un des juges de la Cour supérieure, et cette procédure entraîne des frais. De plus, ces asiles étant des asiles privés, les alcooliques ne peuvent y être internés qu'à leurs propres frais, de sorte qu'ils ne sont accessibles qu'aux alcooliques ayant des moyens. L'alcoolique indigent, quelles que soient ses bonnes volontés de se faire traiter et son désir de se guérir, ne peut y avoir accès que s'il peut payer sa pension, dont le prix est assez élevé pour le mettre hors de la portée des petites bourses. La Cour ne peut l'y envoyer que dans les mêmes conditions. Pour celui-ci, il n'y a que la prison pour asile. Or la prison ne saurait être considérée ni comme un lieu ni comme un moyen de traitement. Je crois qu'il y aurait lieu d'inviter les pouvoirs publics à fonder des établissements pour le traitement des alcooliques indigents et de passer des lois pour autoriser les cours de police à y envoyer certains alcooliques, dans des circonstances déterminées, plutôt qu'en prison, et pour une période qui permettrait d'obtenir leur guérison, ou tout au moins de les assurer dans la mesure du possible contre les chances de récidive.

En résumé :—Les alcooliques dans les circonstances ordinaires ne peuvent être admis dans les asiles d'aliénés; ceux qui sont indigents ne peuvent être traités dans les asiles pour les ivrognes, parce que ce sont les établissements privés où il faut acquitter le prix de pension. Il y aurait lieu par conséquent de fonder des établissements spéciaux pour les ivrognes indigents. Les alcooliques acquittés de crimes ou délits devraient être sequestrés à temps dans ces établissements. Quant au cas particulier qui nous occupe, on peut se demander si L. T. est aliéné; s'il doit être reconnu responsable de tout délit commis sous l'influence de l'ivresse; si dans l'état de notre législation actuelle sur les asiles d'aliénés et les aliénés, il peut être admis et maintenu dans un asile d'aliénés et, si non, quelles sont les mesures à prendre à son égard?

M. Vallée :—La communication que vient de nous faire M. Villeneuve est très intéressante, seulement je ne partage pas entièrement les conclusions de son rapport. M. Villeneuve ne croit pas que L. T. soit responsable de la tentative de suicide faite pendant l'ivresse, mais il est d'opinion qu'il est responsable de son ivresse. Or il est évident, d'après l'histoire de famille, qu'il y a hérédité. L. T. compte plusieurs cas de folie dans sa lignée. D'un autre côté cet homme se montre d'une susceptibilité exagérée à l'action des alcooliques. Il lui suffit d'une dose relativement faible d'alcool pour le jeter complètement hors de ses gonds. Son ivresse n'est pas ordinaire: elle est caractérisée par un trouble mental tellement profond qu'il ne lui reste aucun souvenir des extravagances dangereuses qu'il commet en cet état.

Du moment qu'il boit, il s'enivre; alors il perd toute conscience et se livre chaque fois à des tentatives de suicide. Dans son état ordinaire il n'a aucune disposition de cette nature. Il sait à quoi il

s'expose en s'enivrant, néanmoins il recommence quand l'occasion se présente. Ne semble-t-il pas qu'il soit entraîné par une impulsion réellement irrésistible.

Il est bien vrai qu'il prétend que s'il boit, c'est qu'il le veut bien et qu'il pourrait s'en empêcher. Mais je crois qu'il faut accepter cette affirmation sous bénéfice d'inventaire et les dégénérés de cette espèce se font souvent illusion sous ce rapport. Est-ce qu'on n'entend pas souvent des aliénés, après leur guérison, émettre des prétentions analogues ? Dans la suggestion à l'état de veille, les sujets ne soutiennent-ils pas qu'ils sont libres, alors qu'ils ne le sont pas ?

D'ailleurs, M. Villeneuve regrette que nous n'ayions pas d'établissement spécial pour les déséquilibrés de cette classe, comme il en existe dans d'autres pays. Il serait prêt à recommander l'internement de L. T., non pas en prison, ni dans un asile d'aliénés ordinaires, mais dans une institution spéciale. Alors, à quel titre le ferait-il interner ? S'il est responsable, il doit répondre de ses actes et, trouvé coupable, c'est la prison qu'il mérite. Au contraire, puisqu'on propose de l'envoyer dans une maison de traitement, c'est qu'on le considère comme un malade susceptible de guérir ou de s'améliorer.

Je suis de cet avis. En effet, L. T. est un alcoolique ; il souffre d'une maladie de la volonté et c'est là ce qui atténue la responsabilité dans une large mesure. Il est souvent très difficile pour le médecin légiste de se prononcer sur l'état mental d'un individu qui a commis pendant l'ivresse une action coupable. Ici, le médecin est appelé à juger sans voir, théoriquement. Il doit tenir compte de l'individualité du sujet, de la nature de l'acte coupable et de la manière dont l'ivresse s'est produite. Quant à L. T., l'histoire de sa famille indique une hérédité assez chargée et, bien qu'il soit intelligent dans les circonstances ordinaires de la vie, la manière brutale dont il s'enivre à la suite de l'ingestion d'une faible dose d'alcool témoigne d'une sensibilité organique anormale. L'ivresse a bien des formes, mais il semble que chez lui une véritable folie en soit la conséquence immédiate.

Il est alors décidé d'inscrire à l'ordre du jour de la prochaine séance, la question de l'alcoolisme et des établissements spéciaux pour le traitement des alcooliques.

Et la séance est levée.

E. P. CHAGNON,

Secrétaire.

Le Congrès Médical Pan-Américain.—Ce congrès, tenu en novembre 1896 à Mexico, devait se réunir en décembre 1899 à Caracas, Venezuela. Le président du comité d'organisation, le Dr José Manuel de los Rios, écrit au secrétaire du comité exécutif que la guerre civile suivie d'une épidémie de variole le forcent à demander l'ajournement du Congrès à décembre 1900.

REVUE DES JOURNAUX.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

DES AVORTEMENTS EN GÉNÉRAL ET DE LEUR THÉRAPEUTIQUE
EN PARTICULIER.

(Suite et fin).

3° *De l'infection dans les avortements et de son traitement.*—Si les accoucheurs sont en général d'accord sur le traitement à suivre dans les cas d'hémorragie par rétention placentaire, il est loin d'en être de même dans les cas d'infection, de septicémie, qu'il y ait ou non rétention de l'œuf abortif.

Nous n'ignorons pas que certains auteurs (Weit, Fehling, Tyler Smith), voulant prévenir l'apparition possible de ces accidents infectieux, n'hésitent pas à intervenir instrumentalement aussitôt après l'expulsion de l'embryon, en allant dans l'utérus enlever et arracher le placenta. A cet effet, ils se servent de pinces, de curettes mousses ou tranchantes sur les dangers et l'inefficacité desquelles nous nous expliquerons tout à l'heure.

Pour nous, d'accord en cela avec la grande majorité des accoucheurs qui font autorité à Paris, nous préférons observer et attendre qu'il nous soit démontré cliniquement que les soins antiseptiques employés jusqu'alors sont devenus insuffisants.

Sans attendre l'apparition d'un frisson, nous conseillons d'agir sans hésitation dès que la température, prise matin et soir, s'élève au-dessus de la normale, ou que les lochies présentent la plus légère fétidité ; dans ce dernier cas, il ne faudra même pas attendre que la température s'élève, car cette fétidité indique un commencement de putréfaction du placenta et doit faire redouter l'apparition prochaine de signes généraux de septicémie.

On pourra alors à la rigueur, surtout si l'on manquait d'aides, se contenter, dans les cas de simple fétidité non accompagnée de fièvre, de faire une ou plusieurs injections intra-utérines avec la sonde de Budin ; on fera alors passer 3 ou 4 litres de solutions antiseptiques, soit d'acide phénique ou de microcidine au centième, soit de sublimé ou de permanganate de potasse.

Pour éviter les phénomènes d'intoxication qui pourraient résulter de l'imbibition du placenta retenu dans la cavité utérine, on fera suivre ces injections d'un lavage intra-utérin avec deux litres d'eau bouillie.

Ce seront les renseignements fournis par l'état du poulx, et surtout de la température, qui motiveront et nécessiteront une intervention plus radicale et plus complète, car les injections intra-utérines, seules, combattront bien la fétidité des lochies, mais ne supprimant pas la cause de l'infection, resteront inefficaces ou insuffisantes. C'est pourquoi, qu'il y ait rétention certaine ou seulement probable du placenta, il faudra se hâter, dès la moindre apparition d'accidents septiques, de procéder au *nettoyage* complet, à une antiseptie rigoureuse de la cavité utérine. À cet effet on pourra se servir soit d'*instruments*, soit des *doigts*, et c'est à ces derniers que nous donnons la préférence, pour les raisons qu'il nous faut maintenant exposer.

Tout d'abord, il faut savoir que les choses ne se présentent pas toujours de la même façon ; tantôt, en effet, le canal cervical est assez largement perméable, les bords de l'orifice sont assez souples pour permettre d'emblée l'introduction d'instruments ou d'un doigt dans la cavité utérine à explorer, tantôt, au contraire, le col a gardé toute sa longueur, et l'orifice résistant est peu perméable. Il faudra alors, de toute nécessité, avant de songer à pénétrer dans l'utérus, procéder à sa *dilatation artificielle*. Nous pensons que cette dilatation devra être *faite doucement, sans violence*, ce qui ne veut pas dire avec lenteur : la dilatation brusque, extemporanée avec des agents mécaniques (dilateurs à 2 ou 3 branches), est trop dangereuse pour que nous puissions conseiller d'y avoir recours ; par contre, la dilatation avec des tiges de laminaire est trop douce et trop lente ; elle demande plusieurs jours avant de permettre l'introduction d'une curette ou d'un doigt.

Il faut donc recourir à un instrument agissant doucement, aussi rapidement que possible, mais incapable de produire des lésions et des traumatismes ; plus que partout ailleurs, la violence doit être bannie de l'obstétrique, et l'on ne devra faire marcher la force que d'une façon prudente, lente et continue.

L'emploi des bougies ou des ballons nous paraît remplir admirablement ce rôle, et permet d'obtenir sûrement et rapidement le résultat cherché.

Si l'on se sert des bougies de Hegar, après avoir découvert le col avec un spéculum, et abaissé l'utérus en accrochant le col avec une pince de Museux, on procédera à une dilatation graduelle jusqu'à ce que la perméabilité du canal cervical soit suffisante, c'est-à-dire capable de permettre l'introduction d'un gros doigt sans violence.

On pourra recourir encore avec plus d'avantage, aux ballons de caoutchouc (ballons de Barnes, Champetier, Boissard), parce qu'ils donnent sûrement et rapidement (4 à 5 heures) un large degré de perméabilité qui permet d'explorer complètement la cavité utérine, et de se rendre compte de ce qu'on fait.

Quoi qu'il en soit, que la voie soit ouverte primitivement ou secondairement, c'est-à-dire que le canal cervical soit perméable de suite ou après dilatation artificielle, on explore avec le doigt l'intérieur de l'utérus, et on procède, s'il y a lieu, à l'extraction du placenta ou des débris de cotylédons, la femme étant soumise aux inhalations chloroformiques.

De même que nous avons vu certains auteurs recourir d'emblée, avant l'apparition de tout accident, à l'emploi de la curette pour terminer l'avortement, de même nous allons les retrouver ici préconisant le même procédé de la curette pour extraire un œuf adhérent ou non, et combattre les accidents septiques, suite de la rétention placentaire. Pour eux, la curette est un procédé, un instrument de délivrance, et un moyen de combattre les accidents septiques.

Sans vouloir exposer tout au long les termes de cette discussion, et faire une critique détaillée du procédé de la curette, il nous faut cependant en montrer les dangers, l'inutilité ou l'inefficacité.

La curette, tranchante ou non tranchante, nous paraît dangereuse comme moyen curatif de la rétention placentaire, et les *observations de perforation de l'utérus ne sont pas des raretés*, surtout s'il y a des signes d'infection ; car la fibre utérine est dégénérée et le muscle tout entier a perdu ses caractères histologiques normaux ; la curette est en outre inutile ou insuffisante, c'est-à-dire inefficace.

En effet, dans les cas de *rétention placentaire*, que trouve-t-on, quel est l'état de l'œuf dans l'utérus ?

Tantôt l'œuf est libre, complètement décollé, tantôt au contraire adhérent sur la plus grande partie de son étendue. Nous omettons à dessein les cas d'*adhérences totales* où il n'y a ni hémorragie, ni putréfaction (œuf vivant), puisqu'en pareille occurrence nous pensons que l'expectation est absolument commandée ; de plus dans ces cas, les reproches qui ont été formulés contre l'emploi de la curette se trouvent à *fortiori* justifiés.

Pourquoi recourir à un instrument mousse ou tranchant, pour saisir et extraire un œuf libre et tout à fait décollé ? Enfin, si après bien des tâtonnements, l'œuf est saisi, il ne pourra être extrait que fractionné et morcelé, alors qu'il y a un intérêt capital à procéder à son extraction en masse, pour pouvoir s'assurer que l'œuf est entier, complet, et en totalité extrait ; avec la curette, en effet, on se trouve exposé presque fatalement à laisser dans l'utérus des morceaux, des débris de cotylédons, sans qu'on s'en doute, et qu'on puisse en avoir conscience.

Dans les cas au contraire où l'œuf est adhérent dans une grande portion, il nous semble impossible qu'en agissant à l'*aveugle*, avec une curette, on puisse *décoller sûrement toutes les parties adhérentes* et les entraîner au dehors. Ces reproches sont tellement vrais que *des débris d'embryon, des morceaux de cotylédon* sont souvent expulsés plusieurs jours après un curettage qui semblait parfait et complet. Les observations cliniques sont là pour démontrer la réalité de ces faits ; c'est pourquoi l'emploi de la curette, dans les cas de *rétention placentaire*, nous semble sinon dangereux, du moins aveugle et inefficace. Nous serons moins affirmatif dans les cas d'infection, alors que l'œuf a été entièrement expulsé, et que les phénomènes septiques s'expliquent par la rétention de portions de caduque en voie de putréfaction. Dans ces cas encore, nous pensons, avec Budin, que l'écouvillonnage, le nettoyage complet de la cavité utérine, au moyen de morceaux d'ouate hydrophile, montée sur une pince et imbibée

de glycérine créosotée, rendront les plus grands services, et agiront de la façon la plus sérieuse.

Repoussant, pour cause, l'usage et l'emploi de la curette dans les cas de rétention placentaire suite d'avortement, nous conseillons, dans tous les cas où il faudra procéder à l'extraction de l'œuf (hémorragies, putréfaction), de recourir à la *délivrance digitale*. À cet effet, le canal cervical étant suffisamment perméable, la femme est mise dans la situation obstétricale et le vagin débarrassé des caillots au moyen d'une grande injection, l'accoucheur, après s'être brossé, savonné les mains et les avant-bras, et les avoir passés dans une solution de sublimé, introduit *une main tout entière dans le vagin*, tandis que l'autre, à travers la paroi abdominale, fixe et maintient le fond de l'utérus. Bien entendu, pour cette opération, la femme sera sous *le sommeil chloroformique*, sans lequel l'introduction de la main dans le vagin, à cette époque de la grossesse, serait impossible ou trop douloureuse ; une fois la main entière introduite dans le vagin, un doigt ou deux, si possible, pénétrèrent dans la cavité utérine, dont on explore toute la surface pour se rendre compte du siège de l'insertion de l'œuf, et de l'étendue de son décollement. Si l'œuf est libre, rien ne sera plus facile que de le saisir, de l'entraîner et de l'extraire ; si au contraire il est encore adhérent, ce même doigt, *instrument sensible et conscient*, va procéder à l'achèvement du décollement, ce dont il sera facile de se rendre compte. Enfin, une fois l'œuf extrait, on devra s'assurer, en pénétrant à nouveau avec un doigt dans l'utérus, qu'il ne reste pas de cotylédons isolés. On agira de cette façon sans violence, sûrement, le doigt pouvant dans les cas d'avortement arriver jusqu'aux cornes utérines, qu'il faut toujours explorer avec le plus grand soin.

Ce n'est qu'après le 6e mois de la grossesse qu'on sera autorisé à pénétrer avec toute la main dans la cavité utérine pour procéder à la délivrance, qui rappelle à peu près celle pratiquée dans une grossesse à terme.

Après avoir procédé à l'extraction de l'œuf, on fera une grande injection intra-utérine qui sera suivie de l'écouvillonnage, soit avec l'écouvillon de Doléris, soit avec de l'ouate hydrophile imbibée de glycérine créosotée ou d'une solution de chlorure de zinc au vingtième ; après quoi on introduira dans l'utérus une mèche de gaze à l'iodoforme, au traumatol ou au salol, mèche qui restera en place 24 heures ; après ce temps, elle sera retirée, et on fera deux ou trois injections vaginales chaque jour.

C'est en procédant suivant les différentes façons que nous avons exposées qu'on sera le mieux armé pour prévenir les menaces d'un avortement ; c'est en intervenant en face d'une indication bien nette et bien positive qu'on se trouvera le plus puissant pour combattre et arrêter les accidents qui pourront accompagner les avortements dans les cas de rétention placentaire accompagnée ou non de septicémie.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES.

VITANZA, R. — Les dilateurs sont-ils préférables aux incisions du col de l'utérus dans l'accouchement forcé chez les éclamptiques agonisantes.—(*Archivio di Ostetricia e Ginecologia.*)

L'auteur, en faisant l'historique de l'accouchement forcé, réclame la priorité sur Dührssen, au sujet des incisions profondes du col. Pour lui, chez les éclamptiques agonisantes, c'est le meilleur moyen à employer. Il repousse les dilateurs métalliques comme infidèles et dangereux. Si le col est fermé, et s'il est urgent d'intervenir rapidement, l'unique recours est l'évacuation de l'utérus. Il faut tenter immédiatement de dilater le col avec les doigts.

La main est un dynamomètre naturel qui se prête mieux qu'aucun instrument à mesurer la résistance qu'opposent à la dilatation les fibres du col. On fait pénétrer un doigt, puis deux, puis trois, et on est presque sûr, en agissant avec délicatesse, graduellement et avec persistance, de faire pénétrer la masse de la main dans la cavité utérine sans produire de déchirures sur le partour de l'orifice utérin; il faut avoir soin dans ce temps de l'opération de bien fixer le col utérin. Dans beaucoup de cas cependant, surtout chez les primipares, la résistance organique du col utérin qui n'a pas encore subi le ramollissement physiologique préparatoire à l'accouchement, est telle qu'il ne s'assouplit pas par la dilatation forcée manuelle, mais l'accoucheur ne doit pas se laisser arrêter par cet obstacle, il reste un moyen qu'il faut toujours tenter, c'est de recourir à la version et à l'extraction par la méthode de Braxton Hicks. Dans cinq cas publiés dans des mémoires précédents, l'auteur a obtenu ainsi de bons résultats.

Quand, au contraire, le col utérin long et fermé ne cède pas à la dilatation manuelle, c'est le cas de pratiquer des incisions profondes dans toute la portion vaginale. Ces incisions sont moins dangereuses que les incisions superficielles, que la simple dilatation manuelle et que la dilatation faite par des dilateurs; la dilatation obtenue par ces derniers moyens peut en effet produire des déchirures plus ou moins étendues des parties génitales internes. Les infections sont aussi moins à craindre quand des incisions nettes ont été faites par l'accoucheur. Aussi Vitanza ne comprend-il pas la crainte qu'inspirent à quelques accoucheurs, même éminents, les incisions du col utérin dans les cas graves d'éclampsie. Quand une éclampsie est très gravement atteinte et se trouve dans les conditions données plus haut, on est obligé de recourir ou à l'accouchement avec incision du col ou à l'opération césarienne. Or, de cette dernière il ne faut pas parler, trop délicate à faire à domicile, si le fœtus est mort elle est condamnable, soit à cause de l'impression morale qu'elle produira, soit parce que la fin ne justifie pas ce moyen. Il ne reste donc que les incisions profondes que l'auteur pratique avec le bistouri ou avec des ciseaux modifiés par lui. Les incisions au nombre de quatre sont précédées d'une injection de 15 à

20 litres d'eau chaude (44° environ) dirigée sur le segment inférieur, en vue d'obtenir quelque modification du tissu utérin, et véritablement après une douche pareille, à ce degré de température, le tissu utérin incisé cède plus facilement à la main ; les injections à 44° ont donné de bons résultats à l'auteur dans les cas de rigidité du col utérin. La dilatation obtenue, Vitanza fait ordinairement la version et l'extraction du fœtus ; l'application de forceps est difficile étant donné que la partie fœtale est trop élevée. D'autre part, par la version, l'extraction est plus facile, le col étant plus ou moins dilaté. Après l'accouchement, il n'est pas nécessaire de suturer les incisions, la cicatrisation se faisant le plus souvent sans inconvénient. Ce n'est que dans le cas d'hémorrhagie grave provenant des parties incisées qu'on ferait deux points de sutures à chaque incision, ce qui est facile à ce moment. Cela fait, on termine par un lavage antiseptique de la cavité utérine et le tamponnement utéro-vaginal à la gaze iodoformée.

Résultats : Le nombre des éclamptiques agonisantes traitées par l'auteur, au moyen de l'accouchement forcé comme il vient d'être décrit, depuis 1883 jusqu'à ce jour, s'élève à 30, sur lesquelles 19 étaient primipares.

Chez 23, la grossesse était de 9 mois, de 8 mois chez 4, et 3 étaient enceintes de 7 mois.

Deux fois la grossesse était gémellaire.

Or, malgré que chez quelques-unes, l'éclampsie fut compliquée d'ascite, d'asystolie, de pleurésie, 23 mères sur 30 ont été sauvées.

Les 9 décès ont eu lieu de 9 heures à 11 jours après l'opération, par congestion cérébrale, d'épuisement, d'asphyxie.

Des 32 fœtus, 19 ont été sauvés ; cependant parmi eux, 6 présentèrent des accès éclamptiques qui se déclarèrent chez 4, immédiatement après le bain chaud ; chez les autres, 2 et 3 jours plus tard. Chez un des fœtus extraits vivants qui ne présentèrent pas de troubles de ce genre, 15 jours après l'opération, apparurent des convulsions si graves qu'elles ne cédèrent à aucun des moyens de l'art et l'enfant succomba. Des 12 fœtus morts, 7 l'étaient avant l'accouchement, et quelques-uns d'entre eux présentaient les signes caractéristiques des convulsions dont ils avaient dû souffrir dans la matrice ; 3 succombèrent aux manœuvres opératoires ; 3 vinrent en état d'asphyxie au troisième degré et ne purent être ranimés ni par les tractions de la langue ni par aucun autre moyen.

De toutes façons, les résultats obtenus par la méthode qu'il préconise, sont pour Vitanza très satisfaisants, tant pour les mères que pour les enfants, si l'on tient compte que, à peine si quelques-uns des fœtus ont été sauvés et que les mères sont toutes mortes chaque fois qu'elles ont été abandonnées pour pratiquer l'opération césarienne ou l'accouchement forcé post-mortem.

L'Obstétrique.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

Rédacteur en chef: - Dr E. P. BENOIT

MONTREAL, DÉCEMBRE 1898

COURRIER DES HOPITAUX

AUX LECTEURS DE "L'UNION MÉDICALE DU CANADA."

En 1895, lorsque j'étais interne à l'Hôpital Notre-Dame, sur demande spéciale du secrétaire de l'*Union Médicale*, j'avais l'habitude de donner, chaque mois, sous forme de courrier, ce qui se passait de plus important durant le mois dans les différents services. Beaucoup de confrères m'avaient déclaré alors goûter fort cette manière de les tenir au courant de ce qui se passait dans les salles de l'Hôpital qu'ils avaient si souvent parcourues étant étudiants.

Aujourd'hui, après une absence de quelques années me voici de retour à mon ancien poste de premier interne de l'Hôpital. Si ma manière d'agir d'autrefois sourit encore à un certain nombre, je m'efforcerai de nouveau de faire bénéficier les confrères éloignés des nombreux cas pratiques que nous avons l'occasion de rencontrer ici.

Tantôt ce sera une clinique d'un des professeurs, tantôt ce sera l'histoire aussi complète que possible d'un cas intéressant ou encore une opération avec photographures des pièces pathologiques.

Le laboratoire, la salle d'autopsie vous révéleront aussi leurs secrets intimes.

Depuis quelques années l'Hôpital Notre-Dame a fait des améliorations telles, dans les différents services, qu'il peut aujourd'hui rivaliser avec la plupart des hôpitaux du continent. Ceux de nos anciens confrères qui, il y a 5 ou 6 ans, suivaient les cliniques à l'Hôpital Notre-Dame seraient étonnés s'ils revenaient parcourir ces mêmes salles, de voir l'avancement rapide qu'on a fait en peu de temps.

Tout le personnel et les amis se sont imposé beaucoup de sacrifices et s'en imposent encore chaque jour pour en arriver là et l'on compte encore sur l'aide d'un chacun pour marcher dans cette voie de progrès.

L'Hôpital fera bientôt l'achat d'un appareil photographie par les rayons X. En attendant M. le Docteur Foucher a bien voulu mettre de sien à notre disposition et se fait un plaisir de radiographier les cas qui se présentent.

Au revoir, chers confrères, au prochain mois.

Décembre 1898.

A. ETHIER, M. D.

COLLABORATEURS

AU

27ème VOLUME

DE

“ L'UNION MÉDICALE DU CANADA ”

Archambault, J. L., de Cohoes.
Benoit, E. P.
Boulet, Rodolphe.
Brosseau, A. T.
Camirand, J. O., de Sherbrooke.
Chagnon, E. P.
Charbounneau, A., de Keeseville.
Cornier, Isaïe
Décarv, Arthur.
De Cotret, E. A. René.
De Lotbinière-Harwood, L.
De Martigny, A.
Derôme, W. A.
Dubeau, Eudore.
Dubé, J. E.
Fortier, L. E.
Foucher, A. A.
Garceau, J. H.
Gauthier, J. D.
Johnstone, Wyatt.
Joyal, A.
Laberge, J. E.
Lachapelle, E. P.
Lamarche, J. B. A.
Lamarche, L. A.
Laurendeau, Albert, de St-Gabriel de Brandon.
Lesage, J. A.
Lespérance, J.
Lippé, J.
Marian, A.
Marsil, D.
Mercier, O. F.
Merrill, H.
Parizeau, Téléphore.
Pelletier, Elzéar.
Prume, Jehin.
Sabourin, N., de St-Jean.
Sirois, L. J. O., de St-Ferdinand.
Smith, A. Laphorn.
St-Jacques, Eugène, (Paris et Berlin).
Villeneuve, Georges.

TABLE DES MATIÈRES

A	PAGES	C	PAGES
Abeès froids, Traitement des.....	639	CAMIRAND, J. O.—Association Médicale du District de St-François; séance du 16 février 1898.....	218
Accouchées, Du traitement prolongé des ...	613	Cancer du col utérin compliquant la grossesse.....	513
Accouchements provoqués, Deux.....	561	Certificat de décès, Le.....	367
Accouchements rapides et non surveillés et leurs accidents, Les.....	614	Cérumen, Extraction des bouchons de, au moyen de l'eau oxygénée.....	46
Affections aiguës de la peau, De la conduite à tenir dans les.....	626	Cerveau, La radiographie du.....	27
Affections du sein pendant la période puerpérale, Des.....	28, 65	CHAIGNON, E. P.—Société médico-psychologique de Québec. Comptes rendus.....	529
Affections mentales, Influence d'un traumatisme sur certaines.....	535	Deux cas de troubles psychiques post-opératoires.....	745
Albuminurie, Le bleu de mythylène dans l'.....	256	Influence d'un traumatisme sur l'état mental.....	744
Alcoolisme et responsabilité; aspect social et administratif de la question.....	746	CHARBONNEAU, A.—Résection du grand épiploon dans un cas de cure radicale d'une hernie ombilicale.....	347
Allaitement chez les femmes enceintes, L'.....	239	Chirurgie conservatrice des trompes et des ovaires, De la.....	133
Aliénés devant la loi, Les.....	385, 449	Chloroforme dans l'organisme, La décomposition du.....	192
Aliénés, Internement des.....	385, 449	Circoncision, Restauration d'un prépuce précédemment enlevé par la.....	264
Aliénés, Internement des, et forme du certificat médical.....	530	Cirrhose hépatique progressive d'origine porte, De l'existence d'un micro-organisme associé à des cas de.....	548
Ampoules, Traitement des.....	364	Cocaine en chirurgie, La.....	725
Anévrysme de l'aorte.....	600	Congrès de l'"American Public Health Association" tenu à Philadelphie les 26, 27, 28 et 29 octobre 1897, Rapport sur le.....	175
Angine à streptocoques et à Klebs-Löffler suivie à bref délai de diphtérie laryngée.....	672	Congrès International d'hygiène, Le.....	174
Angine de poitrine, Sur un cas d'.....	603	Conseil d'hygiène de la Province de Québec, Le troisième rapport annuel.....	111
Anneau de Bandl ou anneau de contraction, Difficultés causées par l'.....	428, 489	Consumption, La prophylaxie de la.....	365
Antisepsie abdominale.....	203	Coqueluche, Traitement de la.....	98
Antisepsie chez le dentiste, L'.....	184	Corps étrangers de l'intestin, mort; autopsie.....	533
Appendicite accompagnée de grossesse tubaire et d'accumulation de pus dans les trompes.....	204	COURRIER DES HÔPITAUX.—	
Appendicite, Traitement médical de l'.....	417	Hôpital Notre-Dame.....	186, 763
ARCHAMBAULT, J. L.—Sérothérapie, tubage et trachéotomie, deux ans d'expérience personnelle; résultats obtenus en pratique privée dans 70 cas de diphtérie (suite et fin).....	5	Hospice St-Joseph.....	187
Artritisme, L'.....	411	Crachats tuberculeux desséchés, Danger des.....	263
Association Médicale Canadienne; réunion annuelle 1898.....	537	Curage digital post-abortif.....	166
Association Médicale du District de St-François. Séance du 16 février 1898.....	218	Cystostomie sus-pubienne dans le prostaticisme, De la.....	554
Associations microbiennes et infections mixtes.....	472		
Assurance sur la vie, Le médecin et l'.....	542	D	
Auto-intoxication gravidique et ses conséquences. L'.....	426	DÉCARY, Arthur.—	
Avortement habituel, Traitement ioduré dans l'.....	696	La nouvelle pharmacopée britannique. 340	
Avortements en général et leur thérapeutique en particulier, Des....	235, 239, 356,	DE GORRET, René.—	
Avortement, Traitement de l'; de l'expression abdomino-vaginale de l'utérus.....	692	De l'éclampsie.....	137
		Des affections du sein pendant la période puerpérale.....	28, 65
B		Eclampsie puerpérale, accouchement forcé, saignée, injection intra-veineuse de sérum artificiel, veratrum viride.....	328
Bactéries, La physiologie des.....	257	Formation des monstres.....	736
Bassin, Les nouvelles méthodes d'agrandissement du, et leurs résultats.....	581	Mole hydatiforme, hémorragie, injection intra-veineuse de sérum artificiel.....	321
BENOIT, E. P.—Angine à streptocoques et à Klebs-Löffler suivie à bref délai de diphtérie laryngée.....	672	Monstrosités fœtales - anencéphaliens et célosomiens.....	680
La nouvelle pharmacopée britannique. 304			
BOULET, R.—Sténose du larynx.....	602		
Bicyclette, Etude physiologique sur la.....	223		

	PAGES		PAGES
Oblitération du col chez les femmes enceintes.....	705	Fortier, L. E.—	
DEROME, W. A.—		Cancer du pylore.....	667
Le tétanos.....	207	Foucher, A. A.—	
Désinfection dans les familles, La.....	115	Nouveau Modèle de serre-nœud à anse froide et galvanique combinées.....	83
Désinfection par la formaline.....	241	Fractures, De la contention des, par la gouttière plâtrée.....	193
Diabète rénal, Le.....	183	G	
Diarrhées chroniques chez les enfants, traitement des.....	117	GARCEAU, J. H.—	
Diphthérie.....	112	Monstruosité double.....	731
Diphthérie, Les ravages de la.....	435	GAUTHIER, J. D.—	
Diphthérie, résultats obtenus en pratique privée dans 73 cas.....	5	Fièvre intermittente.....	728
Drainage, Le.....	202	Gouttière plâtrée, De la contention des fractures par la.....	193
DUBEAU, Eudore.—		Grippe, L'antipyrine et la quinine dans la.....	279
L'antiseptic chez le dentiste.....	181	Grossesse, Sept cas de.....	200
DUBÉ, J. E.—		Grossesse, Traumatisme et.....	103
Anévrysme de l'aorte.....	600	Gynécologistes européens de renom, Quelques.....	524, 582, 655
Infection généralisée suivie de mort chez un cirrhotique avec ascite.....	730	H	
Quelques notes à propos d'un cas de syringomyélie suivi d'autopsie.....	715	Hémorragie post-partum, Injection hypodermique d'eau salée dans la mort apparente par.....	238
Spina-bifida compliqué d'hydrocéphalie Sur un cas d'angine de poitrine.....	603	Hémorroïdes, Traitement et opérations applicables aux.....	47
Tuberculose pulmonaire et intestinale chez un homme de 59 ans.....	724	Hernie opturatrice étranglée, De la.....	281
Dyspepsie nerveuse et son régime alimentaire, La.....	267	Hernie ombilicale.....	201
E		Hernie ombilicale et mort après l'opération	665
Eclampsie puerpérale, accouchement forcé, aignée, injection intra-veineuse de sérum artificiel, veratrum viride.....	328	Hernie ombilicale, Résection du grand épiploon dans un cas de cure radicale d'une.....	347
Eclampsie, De l'.....	137	Hydrastis canadensis et son action curative, Etude sur l'.....	330
Eclampsie puerpérale, De l'ellébore vert dans le traitement de.....	230	Hypertrophies amygdaliennes compliquées d'otite, Quand convient-il d'opérer les.....	423
Eclampsie puerpérale, Le gaiacol dans l'.....	612	Hystérectomie abdominale totale, Nouveau procédé d'.....	59
Endométrite exfoliante ou dysménorrhée membraneuse.....	670	Hystérie, L'.....	95
Epanchements péritonéaux, Le flot lombodorsal dans les.....	46	I	
Estomac, les gaz de l'.....	412	INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.	
ETHIER, A.—		Association médicale du district d'Iberville.....	381
Courrier de l'hôpital Notre-Dame.....	763	Association mutuelle des médecins.....	369
F		Bureau des gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec; séance du 13 juillet 1898.....	446
Femmes enceintes, Traitement des maladies et des troubles digestifs chez les.....	564	Bureau Provincial de Médecine, séance du 28 septembre 1898.....	627
Fièvre de digestion chez les enfants, La.....	277	Cette poursuite de \$25,000.....	448
Fièvre intermittente.....	728	Charte de l'hôpital Notre-Dame, La.....	60
Fièvre typhoïde, Du nitrate d'argent dans la.....	245	Communication du Dr Albert Jobin, de Québec.....	512
Fièvre typhoïde, La.....	682	La contribution annuelle des médecins.....	86
Fièvre typhoïde, L'urine dans la.....	568	La dernière assemblée des gouverneurs.....	703
Fibromes utérins.....	665, 691	La licence interprovinciale.....	574
Flot lombodorsal dans les épanchements péritonéaux, Le.....	46	La lutte électorale.....	215
Forceps, Deux cas d'application de, par le procédé Loviot.....	239	La nouvelle loi des médecins.....	63
FORMULAIRE.—		La position de registraire.....	380
Bronchite aiguë.....	296	La prochaine élection du Bureau Provincial et la circulaire Beausoleil.....	188
Congestion du foie.....	123	L'assemblée des médecins au Monument National.....	375
Constipation habituelle.....	503	L'élection des gouverneurs du Collège des Médecins.....	441
Coryza.....	123, 295	Le nouveau bureau des gouverneurs.....	507
Diarrhée aiguë.....	502	L'enseignement pratique à l'Université.....	222
Diarrhée chronique.....	502	Les prochaines élections du Bureau des Gouverneurs.....	82
Dyspepsie flatulente.....	503	Le réveil de la profession.....	504
Entérite catarrhale aiguë.....	123	Les attaques contre l'Université Laval.....	102
Epistaxis (chez les enfants).....	294		
Gastrite et gastro-entérite.....	503		
Hémoptysie.....	245		
Jaunisse.....	123		
Rhaïte chronique.....	234		

PAGES	PAGES
Les livres du Collège des Médecins 723	Spiua-bifida compliqué d'hydrocéphalie 602
Lettre du Dr A. de Martigny au Dr E. P. Benoit..... 371	MARSIL, D.—
Lettre du Dr A. T. Brosseau au Dr J. B. A. Lamarche..... 297	Péritonite septique consécutive à l'appendicite et son traitement chirurgical 577
Lettre du Dr J. B. A. Lamarche au Dr A. T. Brosseau..... 302	Médecine au Canada, Les pionniers de la... 543
Lettre du Dr Paul au rédacteur de la "Clinique" 124	Menstruation dans les maladies du cœur, Troubles de la..... 164
L'œuvre du comité électoral..... 217	MERCIER, O. F.—
L'Université Laval et M. Letulle..... 438	De la contention des fractures par la gouttière plâtrée..... 193
Questions d'actualité..... 309	La cocaïne en chirurgie..... 725
Réponse à M. le Dr Brosseau..... 303	Névralgie par compression osseuse; résection du nerf dentaire: guérison 608
Seconde lettre du Dr A. T. Brosseau au Dr J. B. A. Lamarche..... 373	Restauration d'un prépuce précédemment enlevé par la circoncision..... 264
Seconde lettre du Dr J. B. A. Lamarche au Dr A. T. Brosseau..... 375	MERRILL, H.—
Une appréciation fantaisiste..... 510	Hernie ombilicale et mort après l'opération..... 665
Un manifeste électoral..... 246	Invagination intestinale..... 668
Infection généralisée suivie de mort chez un cirrhotique avec ascite 730	Métorrhagie, De l'emploi de la gélatine dans les..... 610
Infection puerpérale, Le sérum antistreptococcique dans l'..... 493	Microbes, Définition des..... 163
Injections intra-utérines..... 108	Mole hydatiforme, hémorrhagie, injection intra-veineuse de sérum artificiel..... 321
Internement, Certificat médical et..... 742	Monstres, Formation des 736
Invagination intestinale..... 668	Monstruosité double 731
Inversion utérine, De l'hystérectomie vaginale totale pour..... 568	Monstruosité fœtales: anencéphaliens et célosomien..... 680
J	Municipalité n'est pas responsable, La..... 471
JOHNSTONE, Wyatt.—	Muscle, Réparation d'un, par des fils métalliques 423
Désinfection par la formaline..... 241	N
JOYAL, A.—	NÉCROLOGIE :
Société des Internes de l'hôpital Notre-Dame; discours du président sortant de charge..... 155	Le Dr Amédée Lamarche..... 640
L	Neurasthénie..... 96
LABERGE, J. E.—	Névralgie par compression osseuse; résection du nerf dentaire, guérison..... 608
La physiologie des bactéries..... 257	O
LACHAPPELLE, E. P.—	Oblitération du col chez les femmes enceintes 705
Rapport sur le Congrès de l'"American Public Health Association" tenu à Philadelphie (octobre 1897) 175	Obstruction intestinale, Laparotomie secondaire pratiquée avec succès dans un cas d'..... 132
Lait d'une nourrice atteinte de diphtérie est-il toxique. Le..... 696	Ongle incarné, Traitement de l', par le nitrate de plomb..... 349
LAMARCHE, L. A.—	Opération césarienne, application du forceps à travers la voie opératoire, sutures utérines, solution de gélatine comme hémostatique..... 87
Courrier de l'hôpital Notre-Dame..... 186	Opération de Mules, De l'..... 154
Société des Internes de l'hôpital Notre-Dame; compt-rendu des séances du 4 et du 26 février 1898..... 221	Opérations abdominales, Exposé succinct des résultats obtenus et de l'expérience acquise dans 248..... 129, 200
Laparotomie secondaire pratiquée avec succès dans un cas d'obstruction intestinale..... 132	Opérations obstétricales..... 761
Larynx, sténose du..... 662	Orchite des prostatiques, L'..... 231
LAURENDEAU, Albert.—Opération césarienne, application de forceps à travers la voie opératoire, sutures utérines, solution de gélatine comme hémostatique..... 87	P
Lavements d'eau salée à la place des injections de sérum artificiel..... 105	PARIZEAU, T.—
LESAGE, A.—	Angine à streptocoques et à Klebs-Loeffler suivie à bref délai de diphtérie laryngée..... 675
La fièvre typhoïde..... 682	Endométrite exfoliante ou dysménorrhée membraneuse..... 670
LESPÉRANCE, J.—	PELLETIER, Elzéar.—
La curabilité de la tuberculose pulmonaire..... 591, 664	Rapport sur le Congrès de l'"American Public Health Association" tenu à Philadelphie (octobre 1897). 175
Licence interprovinciale..... 545	Péri-arthrite traumatique scapulo-humérale, De la, et de son traitement..... 419
LIPPÉ, J.—	Péri-méthro-salpingite, Du traitement de la. 421
Association mutuelle des médecins..... 369	
M	
Mal de Pott, Redressement du..... 437	
MARIEN, A.—	
Note sur une tumeur de l'ovaire..... 605	

PAGES	PAGES		
Péritonite septique généralisée consécutive à l'appendicite et son traitement chirurgical.....	577	SOCIÉTÉ des Internes de l'hôpital Notre-Dame.—	
Péritonite tuberculeuse; Traitement par la laparotomie.....	480	Séance d'ouverture (1898); discours du président.....	155
Pharmacopée britannique, La.....	544	Séance du 4 février 1898.....	221
Pharmacopée britannique, La nouvelle.....	5	Séance du 26 février 1898.....	221
Phimosiis, Le.....	100	Cité médico-psychologique de Québec; séance du 14 juillet 1898.....	520
Physiologie des bactéries, La.....	257	séance du 1 ^{er} octobre 1898.....	742
Placenta, Recherches sur l'action médicamenteuse du.....	431	Somatose, L'influence de la, sur la sécrétion lactée.....	609
Pleurésie séro-fibrineuse, Des suites de la.....	500	Spina-bifida compliqué d'hydrocéphalie.....	692
Prépuce, Restauration d'un, précédemment enlevé par la circoncision.....	264	Statistiques de 1896, Les.....	54
Prophylaxie de la tuberculose pulmonaire, La.....	57	Stérilisation de la tarlatane, Un procédé très simple de.....	148
Prophylaxie des maladies contagieuses.....	111	St-JACQUES, Eugène.—	
PRUNG, Jehin —		Cancer du col utérin compliquant la grossesse.....	513
Courrier de l'hospice St-Joseph.....	187	Traumatismes de l'urèthre et leur traitement.....	641
De l'opération de Mules.....	154	Tumeurs du sein, clinique du professeur Tillaux avec observations complémentaires.....	38
Pylore, Cancer du.....	667	Syringomyélie.....	667
		Syringomyélie suivi d'autopsie, Quelques notes sur un cas de.....	715
R		T	
Radiographie du cerveau, La.....	27	Tétanos, Le.....	207
Rhumatisme articulaire aigu, Traitement de la douleur dans le.....	280	Trachéotomie, tubage et sérothérapie.....	5
Rougeole.....	113	Traitement et opérations applicables aux hémorroïdes.....	47
Rougeole, Traitement de la, par la pommade ichthyolée.....	296	Traumatisme et grossesse.....	102
		Traumatismes des membres, Les limites de la conservation dans les grands.....	115
S		Traumatisme, Influence d'au, sur l'état mental.....	744
Saignée, les vomitifs et le vésicatoire, La... 157		Traumatismes oculaires, Des.....	420
Salons de coiffure, Mesures relatives à l'hygiène des.....	433	Troubles psychiques post-opératoires, Deux cas de.....	745
Sein, Des affections du, pendant la période puerpérale.....	28, 63	Tubage et trachéotomie.....	5
Sein, tumeur du.....	38	Tuberculose.....	113
Septicémie puerpérale.....	94	Tuberculose pulmonaire, Curabilité de la.....	591, 661
Sérothérapie, tubage et trachéotomie.....	5	Tuberculose pulmonaire et intestinale chez un homme de 59 ans.....	724
Serre-neud, Nouveau modèle de, à anse froide et galvanique combinées.....	83	Tuberculose pulmonaire, La prophylaxie de la.....	57
Sérum antistreptococcique dans l'infection puerpérale, Le.....	493	Tuberculose, Sur la prophylaxie de la.....	495, 569, 617, 693
Sérum artificiel, Lavements d'eau salée à la place des injections de.....	105	Tumeur de l'ovaire, Note sur une.....	605
Sinusite aiguë de la face, Traitement de la.....	276	Tumeurs du sein.....	38
SIROIS, L. J. O.—		U	
Questions d'actualité.....	309	Ulcère de l'estomac, Traitement de l'.....	415
Un manifeste électoral.....	246	Urèthre, Traumatismes de l', et leur traitement.....	641
Sitiophobic, Un cas de, guéri par le sulfonal.....	532	V	
SMITH, A. Laphorn.—		Vagin, La calumnisation du.....	106
Appendicite accompagnée de grossesse tubaire et d'accumulation de pus dans les trompes.....	204	VILLENEUVE, Georges.—	
De la chirurgie conservatrice des trompes et des ovaires.....	133	Alcoolisme et responsabilité, aspect social et administratif de la question... 746	
Le l'antiseptie abdominale.....	203	Certificat médical et internement.....	742
Exposé succinct des résultats obtenus et de l'expérience acquis dans 248 opérations abdominales.....	129, 200	Les aliénés devant la loi; internement des aliénés.....	385, 449
Hernie ombilicale.....	201	Vomissement incoercibles des femmes enceintes, Du massage dans les.....	164
Laparotomie secondaire pratiquée avec succès dans un cas d'obstruction intestinale.....	132	Vomitifs et le vésicatoire, La saignée, les... 157	
Le drainage.....	202	Vulvo-vaginite blennorrhagique infantile, Epidémie de.....	220
Quelques gynecologues européens de renom.....	524, 582, 655		
Sept cas de grossesse tubaire.....	200		