

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

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

TRAVAUX ORIGINAUX

Une observation de coma diabétique (acétonémie)

Par Eugène Bédard, M. D., de Pembroke

Le diagnostic médical étant la pierre de touche du praticien, rien, même dans les affections en apparence les plus triviales, ne devrait être négligé, lors de l'examen d'un patient.

Tous nous sommes d'accord sur ce point, et cependant nous semblons parfois, je ne dirai pas le négliger, mais l'oublier.

Le cas suivant illustre trop bien ma pensée pour que je le passe sous silence.

M. X., 38 ans, célibataire, très sobre, très rangé, histoire de famille bonne, arrive à mon bureau le 19 juillet 10 hrs a. m., me demandant soulagement pour une indisposition. "Mon déjeuner, me dit-il, m'a beaucoup fatigué, nausées et vomissements se sont sans cesse succédés, je suis très altéré et chaque fois que je prends une simple gorgée d'eau les mêmes troubles se renouvellent. Je n'ai jamais été malade de ma vie, continue-t-il, et je sais qu'il faut me purger."

1er examen: Point de fièvre, pouls petit et rapide, pas de mal de tête, rien au cœur, rien aux poumons, la langue est saburrale, les pupilles sont normales, l'expression du malade a cependant quelque chose de bizarre qui me frappe sans toutefois m'inquiéter.

Me rendant à son désir je prescris pour ce qu'il appelle un accès de bile et lui promets d'aller chez lui le soir.

19 juillet 8 hrs P. M. Me rends chez lui. Est assis à fumer, a passé la journée tant bien que mal. Les vomissements se sont renouvelés par intervalle, mais sans nausées bien marquées, mêmes symptômes du matin; à mon départ, son entourage me rassure, me disant que depuis longtemps déjà, souvent on a remarqué quelque chose d'anormal dans son langage et ses manières: on craint même l'aliénation mentale à son début.

20 juillet 8 hrs A. M. A mon arrivée le malade est sorti.

Quand il revient il me dit qu'il est loin d'être mieux, même après une bonne selle. La nuit a été mauvaise, sommeil laborieux et de courte durée, encore des vomissements, encore de la soif. Urines en quantité normale (je ne les examine pas), même état général que la veille. Proscris: Synapismes à l'épigastre, potion de Rivière, et tonique de Da Costa pour le cœur dont les battements sont faibles et rapides. Température 96° F., sous la langue, normale à l'aisselle. Aspect général tout à fait alarmant.

20 juillet 2 hrs P. M. Abaissement sous-normal de la température, plus de vomissements, ne demande plus à boire.

Une expression d'angoisse est empreinte sur sa figure, les deux mains sont froides et cyanotiques, les pieds chauds; est très agité. Aucun signe de paralysie, aucun œdème. La respiration est celle de la dyspnée, tant à l'inspiration qu'à l'expiration, dyspnée que Küssmaul a si bien décrite sous le nom de "*air hunger*" cette "faim d'air" en tout point si différente de la respiration Cheyne-Stokes. Ne peut marcher que soutenu par deux aides. Délire.

20 juillet 10 hrs P. M. Langue sèche, *température sous-normale*, pupilles dilatées, coma diabétique. La mort arrive le 21, 9 hrs A. M.

En un mot voici l'histoire d'un cas que l'on rencontre très rarement, où le coma diabétique s'établit d'emblée pour le praticien qui n'eût aucune occasion d'être mis en garde contre cette complication nerveuse et je pourrais dire toujours mortelle du diabète.

Les seules observations de ce genre que j'ai pu recueillir sont celles de Minot, Küssmaul, Foster, Cron, Cyr, Kernig, Sanders et Hamilton, Jaccoud, Veit, Southey, Lœb et Lépine.

Les deux observations de Minot entre autres, sont tellement analogues à la mienne que je dois ici les citer.

"La première est celle d'une jeune femme, 20 ans, mariée et étant, comme il était supposé, en santé ordinaire. Après un copieux dîner, est prise de vomissements dans l'après-midi janvier 31, 1887. Elle devient graduellement comateuse et demeure ainsi jusqu'à sa mort qui arrive le 3 février au matin. Appelle

en consultation, Minot reconnut en cette femme une patiente qu'il avait déjà traitée pour diabète.

La seconde est celle d'un garçon de 15 ans, supposé aussi en bonne santé, bien qu'il avait maigri. Lui aussi après un diner copieux tomba dans la somnolence bientôt suivi du coma et de la mort. Des renseignements pris après sa mort prouvèrent que, depuis quelque temps déjà, ce garçon avait donné tous les symptômes ordinaires du diabète, mais la maladie ne fut pas reconnue."

Ainsi, ne soyons donc jamais trop minutieux dans l'examen de nos malades. Si, chez mon patient, j'eusse examiné les urines dès la première heure, j'aurais sur le champ diagnostiqué le diabète, ce que j'ai fait seulement "in articulo mortis."

Heureusement que dans ce cas l'erreur première ne change en rien le résultat final: "La mort, dit Jaccoud, est la terminaison constante de cette accident."

Comme traitement, toutefois, Hilton-Fagge et Lépine recommandent les injections intraveineuses d'une solution à trois pour cent de bicarbonate de soude et les inhalations d'oxygène: traitement qui, d'après Chadbourne, aurait réussi une fois dans les dix-sept cas qu'il a pu recueillir.

Jaccoud et Minkowski tout en recommandant le traitement alcalin le considèrent cependant sans aucune efficacité.

Pour confirmer mon diagnostic de coma diabétique (acétonémie) que cette dyspnée caractéristique de Küssmaul me fit porter j'ai fouillé les antécédents du patient et voici ce qui me renseigne.

Cet homme était gros mangeur, buvait beaucoup entre les repas, eut au printemps furoncles après furoncles, se disait souvent fatigué sans cause, se plaignait souvent de douleurs musculaires aux jambes, avait quelques fois des vomissements, donna en maintes circonstances des signes de manie. Enfin il paraissait avoir maigri.

Cet enchaînement de symptômes est donc tellement caractéristique du diabète que, même sans l'examen des urines, le diagnostic ne saurait être douteux.

En résumé, soyons donc toujours prudents, examinons tou-

jours nos malades, je pourrais dire de fond en comble. Que rien ne soit négligé, si futile que ce rien puisse, à première vue, nous sembler. Une fois ce devoir rempli, si notre diagnostic est en défaut, le "meâ culpâ," ne sera plus à notre charge.

Pembroke, 24 septembre 1895.

ETUDE MEDICO-LEGALE

Par le Dr GEORGE VILLENEUVE

Professeur agrégé de médecine légale à l'Université Laval de Montréal

LES ALIÉNÉS DEVANT LA LOI

PREMIÈRE PARTIE

CODE CRIMINEL

RESPONSABILITÉ LÉGALE (*Suite et fin.*)

Le véritable critérium de la responsabilité des aliénés.

Nous venons d'établir que les critères requis par la loi ne peuvent établir la folie et qu'ils ne donnent de la responsabilité des aliénés qu'une solution spéculative, arbitraire, inapplicable en pratique. "La loi ne peut pas reconnaître pour un fait ce qui n'est pas un fait pour la science, il ne peut pas y avoir santé légalement, là où il y a maladie effectivement. Il est donc déplorable que les tribunaux persistent à se mettre en conflit avec la science et les lois de la nature, sur une question et fait qui est du domaine de la science et qui n'est pas du ressort de la loi."

Quel est donc le critérium de la responsabilité dans la folie? Le véritable critérium, la vraie pierre de touche de la présence ou de l'absence de la responsabilité, *c'est la maladie*. En dehors de ce critérium net et positif, on ne peut rencontrer dans la médecine légale que contradictions, obstacles insurmontables et insolubles. C'est pour l'avoir négligé, que la pratique des tribunaux anglais a été variable et contradictoire. Certaines

théories qui ont eu force de loi, comme celle des *fous bêtes-féroces* (Hale) ont été réléguées depuis dans les archives des erreurs humaines. On a vu souvent dans un même ordre de chose, le moins fou s'en tirer, tandis que le plus fou était pendu ; un homme affecté d'une forme particulière d'aliénation mentale être acquitté, et un autre homme ayant exactement le même genre de folie être condamné dans une autre affaire.

Il faut descendre des solutions théoriques et des doctrines arbitraires à l'observation, à l'examen, à l'analyse et à la critique des faits. Le fou est un malade, il faut dans chaque cas, établir l'état de maladie, faire la diagnostic et spécifier l'entité morbide que présente l'individu, à la lueur des lumières de la science ; mais de la science sans parti pris, sans restriction, sans étiquette, distinguant dans les doctrines nouvelles ce qui est prouvé de ce qui n'est qu'hypothèse et système conjectural.

La maladie, comme critérium de la responsabilité, là seulement est la vérité, car elle seule nous permet de juger chaque cas en particulier, sur son propre mérite. La diagnostic établi sur des preuves péremptoires et certaines, sur l'examen approfondi de chaque homme, de son état psychique et physique, des circonstances du fait, là est le critérium de la maladie. Là aussi est la justice et la sécurité, car l'objet principal de l'intervention de la médecine légale, devant la justice, dit Marc, dans son traité de *la folie*, " est de signaler une des infortunes humaines les plus affreuses et d'empêcher qu'elle ne devienne la source d'erreurs déplorables, ou que faussement alléguée, elle ne serve d'égide au crime."

L'inculpé était-il aliéné ou non, au moment de l'acte incriminé, là est toute la question, c'est une affaire de diagnostic. Le médecin n'a pas à interpréter ou à appliquer la loi, ce qui lui appartient, c'est d'établir l'état de santé ou de maladie du sujet et partant de le déclarer responsable ou irresponsable. Il doit se placer sur le terrain scientifique qui seul peut donner des bases sérieuses à son opinion et il ne peut prendre pour guide les critères arbitraires et spéculatifs du droit criminel. Là commence et finit sa mission. Quant aux influences de

milieu social, d'éducation, de circonstances, il n'est pas spécialement compétent, pour intervenir, s'il n'est pas constaté une véritable affection mentale. Il peut tout au plus indiquer certaines circonstances d'ordre pathologique qui peuvent attirer l'indulgence de la justice.

Nous ne croyons pas qu'il y ait lieu d'établir des catégories d'irresponsables, puisque nous avons dit que chaque cas doit faire l'objet d'un examen particulier et que nous prétendons aussi, que pour chaque cas, toute la discussion est à refaire. L'examen approfondi de la vie de chaque homme est le seul moyen d'arriver à la connaissance exacte de son état mental. Mais il n'en est pas moins vrai que la maladie imprime à tous les aliénés de chaque catégorie des caractères communs singulièrement identiques qui constituent ce que l'on peut appeler la marque de l'état morbide. Il y a aussi des actes qui sont commandés par la nature même de la maladie.

“ L'étude sémiologique poussée plus avant amène à des groupements de symptômes correspondant à des types morbides bien connus et assez nettement définis et différenciés, pour qu'à chacun d'eux s'appliquent des conclusions déterminées. (Garnier).”

Nous ne prétendons pas faire ici une étude complète des délits commis par les aliénés dans les différentes formes d'aliénation mentale. Cette étude nous entrainerait loin des limites de notre sujet. Cependant nous croyons devoir indiquer les principaux groupements, que nous trouvons admirablement résumés par Vibert, dans son traité de médecine légale. D'après lui, les faits qui se rattachent à la fois à l'aliénation mentale et à la médecine légale peuvent être repartis en quatre groupes. Dans le premier groupe, les actes repréhensibles ou portant le cachet de l'insanité sont le résultat ordinairement logique, des conceptions fausses produites elles-mêmes par le délire ou les hallucinations. Dans le second groupe, certains actes sont le résultat fatal d'une impulsion irrésistible, plus ou moins inconsciente, impulsions épileptiques, alcooliques, etc. Dans le troisième groupe se

classent les affections mentales caractérisées par la faiblesse d'esprit : démence, idiotie, imbecilité. Enfin dans un quatrième groupe on peut classer les actes commis consciemment par des individus encore en possession de leurs facultés mentales, mais chez lesquels ces facultés ont subi l'influence d'une névrose ou d'un état pathologique : hystérie, épilepsie, alcoolisme, etc.

En résumé, au point de vue medico-légal, nous classons les aliénés en deux grandes catégories, selon qu'il y a infériorité intellectuelle ou non : les premiers sont irresponsables, parce qu'ils sont incapables de délibération, les autres parce qu'ils sont incapables de résistance, lorsqu'ils ont agi sous l'empire d'une idée délirante, d'une hallucination, d'une impulsion irrésistible.

Ces psychoses sont des maladies, comme toutes autres affections, elles doivent être jugées et établies par leurs symptômes. De plus, il faut là comme ailleurs, ou plutôt, beaucoup plus là qu'ailleurs, puisqu'il y a péril social, préciser le diagnostic, définir l'entité morbide. Il ne suffit pas de dire qu'un homme est fou, mais il faut dire comment il est fou ; pas plus que le patient ne se contente de savoir qu'il est malade, il faut lui faire connaître l'affection particulière dont il souffre. On ne peut déclarer qu'un individu est irresponsable au point de vue médical, que lorsque après examen, il nous montre des symptômes psychiques et moraux attestant une maladie des centres nerveux, maladie qui, au moment de l'acte incriminé, l'a mis dans l'impossibilité d'agir autrement qu'il n'a fait.

Nous disons que la maladie mentale doit être attestée scientifiquement par des symptômes pathologiques non douteux. En effet l'allégation d'irresponsabilité n'a que trop souvent la valeur d'un moyen d'audience. L'abus que l'on fait du plaidoyer de folie, la complaisance de certains experts tend à discréditer cette cause d'excuse et à la rendre suspecte, le jour où elle est invoquée légitimement. Il est regrettable d'avoir à constater, que dans toute affaire où la preuve est tellement certaine, palpable même, qu'elle ne laisse aucun doute sur la culpabilité du prévenu, et qu'il faut se rendre à l'évi-

dence des faits, on invoque l'irresponsabilité, quelque monstrueux que soit le crime, et peut-être, pour cette raison-là même. Au moyen d'une publicité habilement dirigée, on s'efforce d'influencer l'opinion publique et l'on espère ainsi préparer de longue main un jury indulgent.

Il faut se tenir dans les limites des faits médicaux scientifiquement démontrés, confirmés par l'expérience et l'observation. L'influence d'une éducation vicieuse, d'un milieu social défectueux ne peut être invoquée que pour déterminer son action sur un état mental pathologique. L'hérédité n'est pas fatale, la médecine ne peut que rechercher les caractères spéciaux par lesquels se traduit l'hérédité constituée (dégénérescence mentale héréditaire, syndromes épisodiques Morel, Magnan). Tout système qui ne repose que sur des hypothèses, des conclusions non-scientifiques, doit être relégué parmi les théories d'écoles, exemple : le criminel né, le type criminel, (Lombroso (!) école italienne, école anthropologique). Toutes les fois que la science ne s'est pas prononcé, il n'y a qu'hypothèse et conjecture ; il est du devoir du médecin, parlant au nom de la science, de l'affirmer. C'est la destinée de l'homme de déchiffrer péniblement le livre de la Science. Le jury, représentant la société, et le juge, représentant la justice, doivent porter avec l'expert la responsabilité de L'IGNORANCE ORIGINELLE dans les cas douteux.

Examen de l'état mental des prévenus.

Le dernier paragraphe de l'article 11 du code criminel se lit comme suit : *Tout individu sera présumé sain d'esprit jusqu'à ce que le contraire soit prouvé.* La justice peut-elle ainsi se désintéresser de l'examen de l'état mental des individus qui sont appelés à répondre devant elle de leurs actions ? Dire qu'il est résulté de cette abstention des erreurs regrettables, que de pauvres malades ont subi la flétrissure d'une condamnation, c'est affirmer que la justice ne peut rester étrangère à cet examen lorsque les circonstances du crime ou délit, l'attitude du prévenu, ses antécédents jettent des doutes sur l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

A la prison de Montréal seulement, nous avons relevé 21 aliénés ayant subi des condamnations, nous les avons vus peu de temps après le prononcé du jugement et nous pouvons affirmer qu'au moment du procès, ils devaient présenter un esprit tellement insolite que les magistrats auraient dû hésiter avant de les flétrir d'une condamnation. Le mal n'est pas grand lorsqu'il s'agit d'un idiot, d'un dément ; ceux-là sont perdus à tout jamais pour la vie active, ils sont retirés de la circulation. Leur raison a sombré et avec elle tout sentiment, ils ne comprennent rien à cette comparution devant la justice, ils ne sauront jamais qu'ils ont été condamnés. Il y a là surtout une question d'humanité, car ce sont des malades qu'il faut soigner et non punir, des victimes de la plus grande infortune humaine, celle de la perte de la raison. Mais lorsqu'il s'agit de malades qui peuvent guérir, qui devront retourner dans le monde, reprendre leurs occupations, pourvoir à leur subsistance, à celle de leur famille, l'injustice devient flagrante, car ils se trouvent marqués d'une flétrissure et pourvu d'un casier judiciaire qui dans ce siècle de compétition acharnée, les mettra dans une situation inférieure pour la lutte pour la vie, *le struggle for life*, et leur fermera bien des emplois.

Que cette erreur soit commune, les statistiques sont là pour le prouver. Dans la seule prison de Montréal, comme nous l'avons dit, pendant le premier semestre de cette année, nous avons relevé 21 aliénés condamnés à des termes variant de 1 à 6 mois. Parmi ceux-là, nous avons trouvé un dégénéré avec délire des persécutions, et affaiblissement des facultés intellectuelles, consécutif au délire (démence vésanique), dont la folie remontait à plus de 6 ans et qui pendant ce temps avait fait 5 ans de pénitencier. Lors du prononcé du jugement, il était en pleine période délirante.

Nous trouvions aussi un paralytique général ayant subi deux condamnations et parmi les autres 1 dégénéré avec délire mystique, 1 dégénéré avec délire des persécutions, 1 mélancolique, 1 épileptique avec délire et impulsions, 3 maniaques, etc. L'un d'eux, atteint de délire mystique, avait été arrêté au

moment où il se livrait à des actes désordonnés dans la rue, il fut examiné par nous quelque temps après le prononcé du jugement. Comme son délire était alors passé, nous ne pûmes que faire rapport qu'il était aliéné au moment de l'acte incriminé. Comme il avait été condamné à la prison, avec l'option d'une amende, ses parents payèrent l'amende et les frais du procès et il fut remis en liberté. Mais il se trouve pourvu d'un casier judiciaire qui entrainera pour lui une aggravation de peine, s'il se présente de nouveau devant les tribunaux, car il pourra être considéré comme récidiviste.

Dans les 21 observations dont nous parlons, il s'agit de preuves relativement légères, les délits relevés contre les inculpés n'étant pas graves, dans la plupart des cas. Mais il n'en est pas moins vrai qu'il s'agit là de véritables erreurs judiciaires, parce que les individus étaient irresponsables et par conséquent ne pouvaient pas être condamnés.

Mais combien la justice n'est elle pas encore plus exposée à errer, lorsqu'il s'agit d'affaires plus graves, lorsque l'énormité ou la laideur du crime excitent l'indignation, indisposent contre l'inculpé le sentiment public. La société crie vengeance et la justice s'empresse de la satisfaire.

Dans ces cas, au point de vue de l'expertise, il y a deux alternatives, ou bien se sont les circonstances données, l'attitude du prévenu, son histoire qui jette des doutes sur l'intégrité de son intelligence, ou bien c'est l'avocat qui invoque l'irresponsabilité de son client, comme moyen de défense, et l'on sait l'abus que l'on fait de ce moyen.

Dans l'une ou l'autre alternative, la justice ne saurait se désintéresser : dans le premier cas, elle doit éviter de condamner un irresponsable, elle ne peut le laisser languir en prison, elle ne saurait traîner de juridiction en juridiction un pauvre fou, dans le second, c'est pour elle un impérieux devoir de ne point laisser échapper un coupable. Or l'expertise médicale seule et l'expertise médicale hâtive suffisamment prolongée peut lui fournir les éléments nécessaires à une juste appréciation de l'état mental du prévenu, pour reconnaître son irresponsabilité

dans un cas et sa responsabilité dans l'autre. Si la justice ne s'occupe par avance de l'état mental du prévenu, elle se trouvera complètement prise au dépourvu au moment du procès. Les moyens les plus douteux de la défense, les affirmations les plus hasardées, les conclusions les plus hypothétiques ne rencontreront pas les dénégations énergiques qu'aurait fournies l'observation du malade. Si l'expertise est laissée entre les mains de gens à la solde de la défense, bien disposés à trouver des preuves pour étayer ce plaidoyer de folie, comment leur répondra le ministère public, s'il n'a pas pris l'initiative de l'examen, s'il n'a pas été représenté à l'expertise ?

Et puis, s'il s'agit d'une contre expertise, comment apprécier justement l'état mental d'un malade préparé par une première expertise amicale, et qui a saisi, s'il est intelligent, le sens des questions, la signification des manifestations que l'on voulait découvrir chez lui. Etant donné la fragilité des critères de la folie, dans certains cas, on voit les difficultés qui peuvent se soulever, la situation inférieure dans laquelle se trouvera le médecin légiste et l'incertitude des conclusions qu'il apportera au tribunal.

La justice ne doit pas plus condamner un innocent, qu'elle ne doit laisser échapper un coupable. Il est de son devoir de présenter au jury tous les éléments nécessaires à la juste appréciation de la cause.

L'appréciation de l'état mental d'un individu échappe manifestement à la compétence des magistrats, qui restent étrangers aux connaissances spéciales de la médecine; ils doivent confier cette mission à ceux que leurs études ont préparé à cette fin.

Il faut se rappeler que si dans certains cas, l'acte lui-même et les circonstances qui l'accompagnent portent le cachet manifeste de l'état d'aliénation de l'individu qui l'a commis, il en est d'autres, au contraire, où rien ne trahit, au premier abord, la nature morbide de l'acte incriminé.

Nous croyons que les médecins des prisons devraient examiner tout les prévenus aussitôt après l'écrou et signaler au

ministère public ceux chez qui il existe une présomption de désordre mental. Les magistrats chargés des enquêtes préliminaires devraient considérer comme un devoir de leur charge d'ordonner l'expertise médicale de l'état mental des prévenus chez qui les circonstances du crime, l'attitude ou les antécédents peuvent faire croire à un état mental défectueux ou pathologique. Enfin, chaque fois que la défense allègue l'irresponsabilité du prévenu, le magistrat devrait commander une expertise médicale rigoureuse portant sur tous les éléments de la cause.

Le dernier paragraphe de l'article 11 est donc plus qu'une lacune, puisqu'il semble consacrer en principe le désintéressement du ministère public dans les affaires de responsabilité au point de vue mental de certains prévenus.

En France, le principe de l'expertise médicale est appliqué largement. Elle a suscité de remarquables rapports, dont certains sont de véritables chef d'œuvres de clinique et de littérature, de la part de l'éminent professeur Brouardel et des savants aliénistes, comme les Blanche, les Falret, les Foville, les Marc, les Motel, les Garnier. Nous devons ajouter avec regret que nous sommes en retard de ce côté-ci de l'océan. Cependant, c'est pour nous un devoir agréable de constater que MM. les juges Desnoyers et Dugas, les magistrats éclairés qui président à la cour de police, ont ordonné l'expertise médicale chaque fois que les prévenus amenés devant eux présentaient un état mental douteux ou que les circonstances de l'acte incriminé présentaient un caractère insolite. Chaque fois qu'il leur a été prouvé qu'il y avait aliénation mentale et par conséquent irresponsabilité, ils ont rendu des ordonnances de non-lieu et les prévenus ont été mis à la disposition de l'administration qui les a fait interner dans les asiles d'aliénés.

Cette conduite sage, prudente et humanitaire n'est pas imitée partout. On peut citer le cas d'Almeda Chatelle arrivé dans une autre province. Cet individu avait assassiné une jeune fille de 12 ans et il avait mutilé son cadavre. On releva contre lui plusieurs vols de vêtements de femme et il paraît même

qu'il avait l'habitude de porter certaines pièces de ces vêtements. Cet individu ne fit rien ni ne dit rien de sensé depuis son arrestation jusqu'à sa mort. Il apporta tout le temps un maintien indifférent à tout et parut absolument inconscient de l'énormité de son crime. A l'audience il refusa les services de son avocat parce que celui-ci voulait plaider folie et il se défendit lui-même par quelques phrases incohérentes et quelques citations de la Bible. Il monta à l'échafaud sans manifester la moindre émotion, sans paraître même se rendre un compte exact de ce qui se passait.

Or il ne fut pas question un seul instant de l'examen de l'état mental de cet individu. Il fut jugé, condamné et pendu, sans qu'on eût pris la peine de s'assurer s'il jouissait ou non de toute l'intégrité de ses facultés mentales. Quand à lui, il n'avait pas d'avocat, le sien s'étant retiré de la cause à l'audience et il n'avait pas d'argent pour avoir une expertise à son propre compte. Il est évident qu'on a débarrassé la société d'un être nuisible, mais pas aussi clair que l'on n'a pas pendu un fou et que l'on n'a pas commis un meurtre judiciaire.

Arrivé au terme de cette longue étude, il nous reste à en recueillir l'enseignement. Nous croyons que les arguments apportés au cours de la discussion du sujet qui fait l'objet de notre thèse justifient les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS

1. L'homme est libre de choisir entre le bien et le mal, libre de se déterminer par sa volonté. Il est responsable moralement et légalement, lorsqu'il accomplit un acte reprobé par la morale et condamné par la loi.

2. Cette responsabilité est abolie ou atténuée, lorsqu'il existe un état pathologique du cerveau, c'est-à-dire lorsqu'il y a aliénation mentale.

3. Le médecin n'a qualité spéciale pour se prononcer en

justice sur la responsabilité des individus, que dans ce cas ; c'est au médecin qu'incombe d'éclairer la justice sur ce qu'est véritablement l'aliéné ; lui seul par ses connaissances spéciales est capable de distinguer avec certitude les manifestations de la folie.

4. Les critères de la responsabilité des aliénés édictés par le code criminel sont mal fondés, parce qu'ils ne sont pas tirés de l'état mental de l'individu.

5. Le seul critérium fixe et positif de la responsabilité des aliénés est l'existence de la maladie mentale. Ce critérium ne se fractionne pas.

6. Il y a lieu, en conséquence, de modifier l'article 11, du code criminel dans le sens de la rédaction suivante : *Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état d'aliénation mentale au moment de l'action.* Un article ainsi conçu permettrait de juger chaque cas selon son aspect particulier et non d'après un critérium arbitraire, tiré de considérations autres que celles de la maladie et étrangères à la pathologie mentale.

7. Pour obtenir de l'expert toute la précision désirable sur l'état mental de l'inculpé, le questionnaire devrait être rédigé dans les termes suivants :

1^o A. B. jouit-il de la plénitude de ses facultés mentales et doit-il être tenu responsable de l'acte qu'il a commis ?

2^o. Son état mental permet-il de lui laisser la responsabilité pleine et entière de son acte ?

3^o. S'il est atteint de maladie mentale :

a. A quelle époque peut-on faire remonter le début de l'affection ?

b. A quelle forme de maladie mentale doit-on rapporter l'acte qu'il a commis ?

8. Toutes les fois qu'il existe un état mental douteux, chez un prévenu, l'examen de l'état mental du prévenu devrait faire partie obligatoire de l'instruction.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Nous croyons devoir citer, en résumé, quelques-uns de nos rapports médico-légaux, afin de faire voir comment nous mettons en pratique les préceptes que nous venons d'établir. Le nombre de prévenus et détenus que nous avons examinés pendant le dernier semestre est de quarante-deux.

OBS. 13, A. B., âgé de 20 ans, canadien-français, catholique; inculpé de vol; folie alléguée, ivresse, responsabilité, condamnation.

Amené devant le magistrat, A. B., s'avoue coupable du délit dont on l'accuse, mais en même temps il déclare qu'il était en état d'ivresse au moment de l'action. Sa sœur, présente à l'audience, demande au magistrat de ne pas accepter cet aveu parce que son frère serait aliéné. La cour ordonne l'examen de l'état mental du prévenu.

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

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

OBS. 15.—J. D. âgé de 42 ans, canadien-français; assaut grave, bris de propriété; dégénérescence mentale, délire mystique, excitation maniaque; irresponsabilité, ordonnance de non lieu, internement dans un asile.

Le 3 mars, J. D. se présente chez les Pères du St-Sacrement, en proie à une grande excitation; il appelle un prêtre, auprès de sa

belle-mère mourante, et va attendre celui-ci au coin de la rue. Sitôt que le religieux paraît, J. D. se précipite sur lui et veut lui faire un mauvais parti, parce qu'il avait tardé à paraître. Le prêtre effrayé rentre précipitamment au presbytère. J. D. le poursuit et ne pouvant entrer, il se met à invectiver contre les prêtres et la religion catholique, lance des morceaux de glace et brise les vitres de l'église. Il se met ensuite à parcourir les rues en poussant des cris et en gesticulant jusqu'à ce qu'enfin il est arrêté et conduit au poste.

Nous l'avons examiné à plusieurs reprises pendant les deux semaines qui ont suivi son arrestation et nous l'avons vu, chaque fois, en proie à la plus grande agitation, poussant des cris, chantant des cantiques, prêchant à haute voix et faisant des gestes désordonnés. Il brise tout ce qui lui tombe sous la main, se jette sur les murs, se donne des coups et déclare qu'il est le plus grand prophète, qu'il a reçu directement de Dieu la mission de prêcher : lui seul possède le véritable enseignement religieux, tous les prêtres devraient être immolés. Cependant, on peut arriver à fixer son attention et à obtenir de lui des réponses exactes. Il ne dort pas et devient tellement agité, qu'on est forcé de le camisoler. Il y a là évidemment la symptomatologie d'un état maniaque très étendu.

Or, en faisant l'histoire du malade, on trouve qu'il a déjà été interné trois fois à l'asile St-Jean de Dieu et qu'il y a été envoyé chaque fois d'office, pour des faits de ce genre : "prédication dans les rues, conduite désordonnée," 1890, "il se dit le fils de Dieu, il dit qu'il faut que Rome tombe et que les Romains disparaissent," 1892 ; sorti de l'asile au mois de septembre 1892, après quelques mois de séjour, il est resté relativement calme, manifestant seulement de l'exaltation religieuse désordonnée, de temps à autre, à la suite de discussions religieuses. Cette exaltation s'est accrue et est passée à l'état maniaque à la suite des sermons d'un prédicant contre le catholicisme et elle a culminé dans les faits qui ont amené son arrestation. Les prétentions de J. D. à la prédication sont d'autant plus absurdes qu'il est absolument illettré.

J. D. paraît avoir éprouvé les premières atteintes de son mal à l'âge de 32 ans, pendant une retraite, à la suite d'un sermon qui fit sur lui une grande impression. Il fut alors interné dans une asile d'aliénés, mais nous n'avons que peu de détails sur son état à ce moment, nous savons seulement qu'il a présenté de l'excitation maniaque avec des idées mystiques. J. D. n'a jamais fait usage de boissons alcooliques. Là s'arrêtent nos renseignements. Ils nous suffisent cependant pour affirmer que J. D. a été, à plusieurs reprises, pris de délire mystique avec excitation maniaque et qu'il a présenté entre ses différents accès des intermittences assez prolongées et assez complètes pour lui permettre de vaquer à ses occupations sans donner sujet à remarque. Il a pu même contracter un second mariage, sans que sa conduite excitât le moindre soupçon sur son état mental.

Quoi qu'il en soit, le début brusque du délire dans le cas actuel paraît établir qu'il s'est développé à la faveur d'un état de dégénérescence mentale ; supposition que nous pouvons accepter, même en l'absence de tout renseignement sur les antécédents héréditaires et malgré les détails imparfaits que nous avons sur les antécédents personnels. Il a bien de la manie l'excitation intellectuelle, la loquacité, le tumulte dans les idées et les actes, mais l'accès maniaque est dominé par des idées mystiques et est surbordonné pour ainsi dire à leur apparition. Or les idées délirantes systématisées ne font pas partie du cortège habituel de la manie franche, laquelle est constituée essentiellement par un chaos des idées et des actes sans dérangement intellectuel proprement dit.

Conclusions : J. D. est un dégénéré atteint de délire mystique avec excitation maniaque ; comme il était en état d'aliénation mentale au moment de l'action, il ne saurait être considéré comme responsable de l'acte incriminé ; vu que sa maladie mentale ne s'est pas améliorée, et qu'il serait dangereux pour lui-même et pour les autres de le laisser en liberté, il devrait être mis à la disposition de l'autorité administrative, pour être placé dans un asile d'aliénés.

OBS. 31.—*T. D. âgé de 35 ans ; irlandais catholique ; tentatives de suicide ; dégénérescence mentale, délire mystique, idées de suicide ; irresponsabilité, ordonnance de non lieu, internement dans un asile d'aliénés.*

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

Nous l'avons vu le 6 et le 8 juillet, il présentait alors un peu d'excitation motrice et psychique, représentée par un besoin incessant de mouvement et une grande loquacité, cependant, on fixait facilement son attention, et on obtenait de lui des réponses exactes. Son langage est grammatical et ses expressions sont choisies. Il a d'ailleurs reçu une excellente éducation et a très bien appris. Il est sculpteur sur marbre et dessinateur, c'est un très bon ouvrier. Nous n'avons pas d'autres renseignements sur ses antécédents. Il accuse des hallucinations de l'ouïe, il déclare qu'il entend des chants célestes et la voix de Dieu qui l'appelle et lui dit de

se purifier par la mort. Ces hallucinations ont établi chez lui, avec tant de conviction, la conception délirante d'une mort volontaire comme moyen de purification pour aller au ciel, qu'il a fait ces tentatives déterminées et répétées de suicide, au cours desquelles il s'est infligé des blessures graves à la tête. Il dit être descendu aux limbes, lorsqu'il était en prison, il a vu là une foule d'âmes qui se préparaient à monter au ciel, ayant été rachetées par Notre Seigneur. Il croit que c'est pendant son sommeil qu'il est ainsi descendu aux limbes, dans tous les cas, il a conservé du fait un souvenir confus. Autrement, il n'accuse pas d'hallucinations de la vue, il n'a eu aucune vision terrifiante. Il existe un léger tremblement de la langue, mais les doigts ne tremblent pas. T. D. est venu à Montréal vers le 20 juin, il venait des Etats Unis où il avait passé 8 mois en prison. Sa détention avait altéré sa santé et il était très faible lorsqu'il est arrivé à Montréal, tellement qu'il avait été question de le placer dans un hôpital.

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

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

Conclusions : — T. D. est un alcoolisé chronique, atteint de dégénérescence mentale, avec délire mystique et idées du suicide, conséquence logique de son délire ; il était en état d'aliénation mentale lors de l'action et par conséquent, il ne saurait être tenu responsable de l'acte incriminé ; comme T. D. n'est pas encore guéri de son trou-

ble mental et qu'il est dangereux pour lui-même de le laisser en liberté, il devrait être placé dans une asile d'aliénés.

N.B. -T. D. a été interné à St-Jean de Dieu le 20 juillet ; actuellement, ses idées de suicide se sont amendées, mais son délire mystique persiste encore. Il a conservé la conviction intime de la réalité de toutes ses perceptions illusoire.

Obs. 37, P. M. 39 ans, canadien-français, catholique ; automutilation, assaut meurtrier ; épilepsie, impulsion irrésistible ; irresponsabilité, acquittement, internement dans un asile.

P. M. est âgé de 39 ans, il est sujet à des attaques d'épilepsie depuis 16 ans. Ses attaques sont fréquentes et violentes. Depuis quelque temps avant l'acte incriminé, il avait fait plusieurs fugues dont il n'avait pas eu conscience et n'avait gardé aucun souvenir. C'est ainsi qu'un matin, à la suite d'une attaque, il avait quitté l'hôpital des Sœurs-Grises où il demeurait, et s'était rendu dans un presbytère d'une paroisse voisine, où se jetant aux pieds du prêtre, il lui avait fait une confession et demandé pardon de ses fautes. Ramené plus tard par un gardien, il ne reprit conscience de lui même que le soir, il n'avait pas eu conscience de sa fugue. Nous ne savons rien de ses antécédents héréditaires ou personnels, si ce n'est qu'il est épileptique depuis 16 ans.

Vers la fin de décembre, le matin, il a une violente attaque d'épilepsie, à la suite de laquelle il monte dans la chambre où se tenaient les vieillards, brise une boîte qui renfermait son rasoir et saisissant l'instrument, il se jette sur un vieillard, lui fait de larges entailles au cou, mute de même un deuxième vieillard et fend la bouche à un troisième. Puis, il descend un escalier, entre dans les latrines et se coupe la verge. Plusieurs personnes accourues aux cris des pensionnaires effrayés veulent s'emparer de lui, il en atteint une au front avec son rasoir. Alors, il se précipite dans la cour, toujours son rasoir à la main, il court de tous côtés, pousse des cris sauvages et cherche une issue pour sortir. On fait venir la police, deux hommes ne peuvent le maîtriser ; animé d'une fureur aveugle qui a décuplé ses forces, il les menace avec son rasoir. On fait venir du renfort, quatre agents de police arrivent et la chasse recommence. Un des hommes de police en se défendant, frappe P. M. à la tête, avec son bâton. Le malade tombe à terre, sans mouvement, il est ramassé, conduit à l'hôpital où il ne revint à lui que dans la nuit, tout étonné de se trouver dans un endroit qui lui est étranger.

P. M. est de petite taille, mais d'apparence assez vigoureuse, les mâchoires sont mal conformées, la mâchoire inférieure présente une courbe qui forme une convexité supérieure, la mâchoire supérieure présente une courbe formant une concavité correspondante. Nous l'avons interrogé à plusieurs reprises. Sa conversation est cohérente, ses réponses sont exactes, il ne

présente ni délire, ni hallucinations, ni tremblement. La langue offre de nombreuses cicatrices de morsures. Interrogé sur les circonstances du crime dont il est accusé, il déclare n'avoir eu conscience et ne se rappeler de rien. Il n'est revenu à lui que dans son lit d'hôpital, pendant la nuit. Le seul détail important qu'il relate, c'est que pendant toute la nuit qui a précédé l'attentat, il n'avait pas dormi et qu'il avait été tout le temps obsédé par cette idée fixe, que sa maladie lui venait de sa verge et que s'il la coupait il serait guéri. Ainsi, il avait poursuivi dans son délire l'idée fixe qui s'était emparé de lui, avant l'attaque, et l'avait mise à exécution pendant l'accès. Ce détail nous paraît important à noter au double point de vue clinique et médico-légal. Le malade avait une affection particulière pour le premier vieillard qu'il avait frappé. Il est d'une grande religiosité, porte trois chapelets à son cou et plusieurs images saintes sont piquées à ses habits.

Ici le diagnostic d'épilepsie est nettement établi et la simulation peut être écartée. L'enchaînement entre la maladie et l'acte incriminé est bien démontré. Depuis quelque temps, le malade faisait des fugues après ses attaques ; à la suite d'une attaque réelle puisqu'on l'entendit tomber, qu'on le vit se relever et qu'il avait une écume sanglante à la bouche, il commet un acte dont les caractères sont la spontanéité, l'inconscience absolue et l'amnésie. Il a donc été pris du délire spécial à l'épilepsie et on peut le classer dans le groupe des folies névrosiques avec dénomination spéciale d'épilepsie. Il est depuis quelque temps atteint de cette affection.

Conclusions : — P. M. est atteint de folie épileptique, il était aliéné au moment de l'action et on ne peut le tenir responsable de l'acte incriminé ; comme ces actes de violence peuvent se répéter et qu'il est dangereux pour les autres et lui-même de le laisser en liberté, il devrait être mis à la disposition de l'administration pour être enfermé dans un asile d'aliénés.

N. B.—Le malade a été conduit à l'asile St Jean de Dieu où il a eu depuis de nombreuses attaques d'épilepsie. Il a fait aussi du délire mystique et entreprit, à la suggestion divine, un jeûne de 40 jours pour sauver son âme. Quelques tours de gavage eurent raison de ce zèle intempestif.

OBS. 38.—*J. D. 49 ans, canadien-français, catholique ; fumeur et incendiaire, simulation, responsabilité, évasion.*

J. D. a fabriqué la signature d'un sien ami sur l'endos d'un billet à ordre consenti à un sien cousin, afin d'obtenir le prolongement de l'échéance. Il est aussi accusé d'avoir incendié la grange de son cousin, par esprit de vengeance. Ces deux crimes sont passibles de l'emprisonnement à vie. Arrêté le 27 octobre, il fut enfermé dans la prison de X. Vers le 14 novembre, sa conduite

devint tellement bizarre que le shérif fit faire l'examen de son état mental par un médecin. Après quelques hésitations, celui-ci délivra le certificat médical requis par la loi le 17 décembre, et le 28 du même mois, le prévenu fut interné à St Jean de Dieu, par décision administrative.

Le certificat porte que J. D. est atteint de mélancolie depuis le 14 novembre et que c'est sa première attaque d'aliénation mentale, qu'il n'a aucun antécédent héréditaire ou personnel, qu'il n'a pas fait un usage immodéré des boissons fortes, qu'il a eu des crises nerveuses représentées par des convulsions cloniques et qu'il a fait des tentatives de suicide en se frappant la tête contre les murs. Il y est dit aussi qu'il urinait au lit et déchirait ses habits.

Nous avons vu J. D. le 26 décembre 1894, lors de son arrivée à l'asile, et subséquemment presque tous les jours, jusqu'au 15 janvier suivant. Or, à aucun moment, nous n'avons pu constater l'état mental décrit dans le certificat, ni aucun symptôme pouvant faire croire à une affection des centres nerveux. J. D. saisit bien la portée de toutes les questions et répond d'une manière exacte, sa conversation est cohérente, il n'est ni agité, ni déprimé. Nous pouvons dire plutôt, que nous avons remarqué chez lui une expression de satisfaction et de bien-être, comme un homme qui trouve enfin la sécurité et la paix, après avoir passé par de dures épreuves.

Il n'a pas de conceptions délirantes, il n'accuse ni hallucinations ni illusions sensorielles. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière. Les reflexes sont normaux, il n'a pas de tremblement, pas de morsure à la langue. Interrogé sur les causes de son emprisonnement, il avoue qu'il a fabriqué de propos délibéré l'endos du billet, mais il ajoute que comme son cousin ne perdait rien par le renouvellement du billet, vu que les garanties restaient les mêmes et qu'il espérait pouvoir payer, il n'avait pas cru mal faire en faisant un faux, pour sauver son bien, et empêcher sa famille de tomber dans la misère. Il nie avoir mis le feu à la grange de son cousin. C'est une explication qui ne repose pas sur une idée délirante, elle ne vient pas non plus d'un esprit débile; c'est une raison complaisante inventée pour forcer les dernières résistances de la conscience, comme s'en donnent le caissier infidèle et l'employé défalcataire, qui doivent toujours remettre l'argent! Il n'y a pas non plus impulsion irrésistible, puisque J. D. avoue avoir agi de propos délibéré.

De ce qui précède, on peut conclure qu'actuellement J. D. n'est pas aliéné et qu'il ne l'était pas au moment de l'action.

Reste maintenant à apprécier les phénomènes qu'il a présentés à la prison depuis le 14 novembre jusqu'à son départ, dont il ne lui restait aucun vestige lors de son admission et dont il n'a pas eu la moindre manifestation depuis.

Le médecin qui a délivré le certificat médical nous en a fait un récit détaillé, il nous a en même temps fait part de ses incertitudes.

Comme il avait des doutes sur la réalité des symptômes de folie présentés par J. D., il avait recommandé son transfert dans un asile d'aliénés, parceque les moyens d'investigation y sont plus sûrs et plus faciles que dans une prison où les personnes ne sont pas suffisamment exercées et familiarisées avec les fous.

Vers le 14 novembre, J. D., qui n'avait présenté rien d'anormal depuis son incarcération arrivée le 27 octobre, se mit à uriner au lit et à gâter dans son pantalon. En même temps, il prit une attitude affaissée et un air hébété, avec une physionomie stupide plutôt qu'attristée. Le regard était furtif, sournois, fuyant. Le médecin entrant plusieurs fois à l'improviste dans la salle où était détenu J. D., le surprit à se composer brusquement cette attitude. Il présenta des convulsions cloniques des membres, sans chute et sans perte de connaissance. Il se mit aussi à tenir des propos incohérents et à faire des actes absurdes; répondant d'une manière contraire aux sens des questions qu'on lui posait, refusant de reconnaître ses parents, se livrant en leur présence à mille singeries. Il déchira ses habits et se frappa à plusieurs reprises la tête sur la muraille, mais sans s'infliger la plus légère blessure. A certains moments, surtout lorsqu'il n'était pas en présence du médecin ou du personnel de la prison, il reprenait son aspect normal. Le sommeil était bon et les fonctions générales de l'économie ne furent pas troublées. Il paraît aussi qu'il a eu même temps exprimé des idées de tristesse, dans tous les cas, il est dit dans le certificat médical que sa maladie a débuté par de la mélancolie.

Quelle est donc la signification qu'il faut tirer des phénomènes présentés par J. D., à la prison de X? On a cru à une attaque de mélancolie. "Or pour décider qu'il y a un véritable état de folie, un trouble psychique évident on doit non seulement constater des modifications profondes de la pensée, les sentiments, les actes, mais encore on verra les symptômes saillants se grouper de manière à former un tableau clinique connu et les causes qui l'ont amené être précisément celles que l'on observe généralement dans les développements de la maladie. (Krueplin Psychiatrie 1889)."

L'état présenté par J. D., ne pourrait être que de la mélancolie stupide, de la démençe ou peut être aussi de la confusion mentale. Nous allons voir que l'ensemble des symptômes observés chez J. D. ne reproduit le tableau clinique d'aucun de ces états, et de plus, que les symptômes présentent entr'eux une telle discordance, qu'ils ne peuvent être réunis dans le cadre d'une même entité morbide.

On peut dire que le mélancolique ne gâte que lorsqu'il tombe dans la stupeur ou tout au moins lorsque la maladie est très avancée. Or J. D. a gâté dès le début, de plus, il va et vient, mange et boit, en un mot, pourvoit à ses besoins, ce que ne fait jamais le mélancolique stupide. J. D. feint de ne pas reconnaître ses parents, fait des choses

absurdes devant eux ; le mélancolique stupide ne parle pas, hégé dans son délire, il n'en sort que pour exprimer des idées de tristesse, sa physionomie est douloureusement contractée et son regard exprime le découragement le plus profond. Chez notre malade la physionomie est hébétée, le regard est furtif et exprime plutôt la sornioiserie que le chagrin. Il exécute les mouvements qu'on lui prescrit, ce que ne fait pas le mélancolique, que l'on a toutes les peines au monde à faire mouvoir J. D. n'était donc pas un mélancolique.

Les actes de J. D. revêtent plutôt un caractère dementiel par leur absurdité et l'on aurait pu croire à un état de démence. Mais c'est un état qui ne s'établit pas sans cause, or, J. D. n'est pas paralytique général (démence paralytique), il n'a jamais eu de délire (démence vésanique) ni aucune maladie cérébro-spinale ayant pu amener la désagrégation du cerveau, pas d'accident, pas non plus d'apoplexie (démence organique). Il n'est pas arrivé à l'âge où s'établit la démence sénile. J. D. ne pouvait donc être dément. De plus, la démence est un état permanent qui n'admet pas l'intermittence et encore moins la guérison complète et subite. Or, dans le même moment où il se livrait aux actes les plus absurdes, J. D. donnait de signes manifestes d'intelligence, il se préparait une attitude, chaque fois que paraissait le médecin son regard était vif, inquiet, observateur, au lieu d'être atone. De plus, la démence a une marche lente et un début insidieux, le gâtisme est un des phénomènes ultimes, il n'arrive que lorsque l'affaiblissement progressif a relâché les sphincters et amené une inconscience presque complète des opérations physiologiques. A cette époque de la maladie, le malade peut à peine se porter sur ses jambes, encore moins est il capable d'un effort musculaire sérieux. Or J. D. est devenu de suite gâteux, sans affaiblissement musculaire corrélatif. En résumé, cet individu n'avait aucune raison de devenir dément, de plus les phénomènes qu'il a présentés offrent entre eux des discordances tellement considérables, qu'il est impossible de les réunir en un faisceau homogène pour en faire le tableau clinique de la démence.

Ce qui caractérise surtout la confusion mentale, c'est l'ahurissement, le regard du malade exprime l'étonnement le plus profond. Il va et vient comme dans un rêve, mais il n'est pas nécessairement absurde et encore moins gâteux, surtout, il ne se compose pas d'attitude, comme J. D. l'a fait à la prison. Il est donc difficile d'attribuer à la confusion mentale les phénomènes observés chez J. D.

Examiné en lui-même, dans son contenu, l'état mental de J. D. à la prison de X, se traduit par des symptômes contradictoires qui se combattent, s'excluent réciproquement, ne peuvent se réunir pour former un tableau clinique d'une maladie mentale, si bien que la folie ne peut être admise. Il faut aussi remarquer la coïncidence de la cessation des phénomènes avec le départ de la prison pour

l'asile. Y aurait-il la les relations d'une cause à effet? Il se croyait au port du salut, plus de nécessité de simuler.

Conclusions : — Actuellement, J. D. est sain d'esprit, il l'était lors de l'action et n'a pas cessé de l'être depuis ; il a simulé la folie à la prison de X, par conséquent il devrait être remis entre les mains de l'autorité judiciaire pour répondre en justice de l'acte incriminé et en recevoir la sanction pénale.

P. S.—Ayant appris par suite d'une indiscretion malheureuse les conclusions de mon rapport, J. D. s'est évadé de l'asile, le jour même ou j'adressais mon rapport à l'administration. Il faut voir dans toute la conduite de J. D. un plan préparé avec intelligence, pour échapper aux conséquences de ses crimes.

Le passage à l'asile n'était pour lui qu'une étape intermédiaire entre la prison et la liberté.

LA DIGITALE

ÉTUDE PRÉSENTÉE AU CONCOURS DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

Par le Docteur S. GAUTHIER :

DE STEPHEN D'UPTON

(Suite et fin.)

TOXICOLOGIE.—Contre l'empoisonnement aigu par la digitale, il faut s'empresse de vider l'estomac par les émétiques, tels que le sulfate de cuivre, de zinc, la moutarde. Les antidotes chimiques sont les substances qui contiennent du tannin, qui neutralisent les principes actifs en les précipitant. On emploie aussi les stimulants diffusibles : l'ammoniaque, le thé, le café, l'alcool, le citrate de caféine et l'éther en injection hypodermique. Faire garder le décubitus et tenir le malade longtemps dans cette position après la disparition des symptômes d'intoxication.

AUXILIAIRE.—Le muguet, la strychnine, l'ergot, le strophanthus, la spartéine, la caféine, le bromure de potassium sont les principaux auxiliaires de la digitale.

ANTAGONISTE.—Toutes les préparations de quinquina, l'acétate de plomb, le sulfate et la teinture de fer sont des incompatibilités chimiques. Le tannin et toutes les substances qui en contiennent diminuent l'action physiologique de la digitale. L'opium, l'aconite, la lobélie sont des antagonistes. Le plus puissant de tous, selon Kohler, est la saponine, le principe actif de la *saponaria officinalis*.

THÉRAPEUTIQUE.—La digitale trouve ses principales indications dans les maladies du cœur, qui, au point de vue thérapeutique, peuvent se diviser en maladies aiguës et en maladies chroniques. Dans ce travail nous étudierons spécialement la digitale dans son application contre les maladies chroniques du cœur, car c'est ici qu'elle nous rend les plus grands services et que ses effets sont les plus utiles. La pathologie a subdivisé les maladies du cœur selon l'orifice qui était atteint, et en a multiplié les formes. Pour simplifier davantage la thérapeutique de ces maladies, nous ferons une autre division et nous considérerons d'une part les affections mitrales et de l'autre les affections aortiques. Cette division est très importante, et c'est pour ne pas l'avoir suivie que les médecins ont apporté une grande confusion dans le traitement des maladies du cœur.

Le cœur malade peut encore suffire à ses fonctions pendant de longues années, et l'on voit souvent des personnes présentant des lésions organiques des valvules et qui cependant n'en éprouvent pas le moindre inconvénient. Nous savons que la nature supplée à la lésion et fournit au muscles cardiaques le moyen de remplir sa tâche en l'hypertrophiant. Cette période des maladies du cœur s'appelle la période compensatrice et ne requiert d'autre soin qu'un traitement hygiénique et moral bien dirigé. Peter l'a dit, et il ne faut jamais oublier cette parole du grand pathologiste : "Le cœur physique est doublé d'un cœur moral."

Mais tout travail physiologique exagéré, s'il amène une aug-

mentation de volume du muscle, produit aussi des phénomènes de combustions chimiques, modifiant rapidement la structure de la fibrille musculaire, qui perd ses propriétés contractiles. Le muscle cardiaque n'échappe pas à cette grande loi. A l'augmentation physiologique des éléments musculaires succède bientôt une altération granulo graisseuse, et alors surviennent les troubles locaux du cœur, suivis à courte échéance de perturbations générales de la circulation, puis enfin la cachexie cardiaque.

Il y a donc deux périodes dans le traitement des maladies du cœur confirmées. Dans la première, il s'agit de mettre le cœur au niveau de sa tâche par des moyens hygiéniques, et s'opposer autant qu'il se peut à la dégénérescence granulo-graisseuse. Dans la seconde, lui fournir le moyen de remplir sa fonction en le tonifiant avec la digitale et les autres remèdes à notre disposition. Nous appelons la première de ces périodes, la période de compensation, où le muscle cardiaque hypertrophié suffit à sa tâche; la deuxième, la période d'asystolie, de dégénérescence ou de cachexie.

“ Les médicaments proprement dits ne jouent qu'un rôle secondaire dans le traitement des maladies compensées. Dujardin-Beaumez ajoute : la digitale ne doit pas être employée contre les maladies du cœur à la période de compensation. Médicament merveilleux, lorsqu'il est manié comme il convient, il ne peut donner que des résultats déplorables, s'il est employé sans ménagements et sans indications. Si on s'est plaint de l'emploi des préparations de digitale, si on a signalé ses dangers, si même certains médecins ont abandonné l'emploi de ce précieux agents thérapeutique, c'est qu'on avait pas mis à son usage toutes les précautions nécessaires. Lorsque la maladie du cœur est compensée, la digitale est tout à fait contre indiquée, et son administration en pareil cas ne peut être que mauvaise et désastreuse.”

Bartholow émet en principe que la digitale est indiquée, lorsque l'action du cœur est rapide, faible et la tension artérielle abaissée; elle est contre-indiquée, lorsque l'action du cœur est vigoureuse et la tension artérielle élevée.

Dans l'hypertrophie simple avec compensation la digitale est absolument inutile, si non nuisible. Dans l'insuffisance des valvules aortiques, qui est toujours accompagnée d'une hypertrophie considérable, ce que l'on est convenu d'appeler *cor boricum*, la digitale à dose physiologique peut produire la mort, et est toujours nuisible.

Nous avons raison au commencement de ce travail de diviser les principales lésions cardiaques en deux catégories, au point de vue du traitement. Il arrive souvent cependant que les lésions aortiques sont associées à des rétrécissements ou à des insuffisances mitrales : la valvule auriculo-ventriculaire droite peut être affectée de la même manière et en même temps. La lésion qui a touché l'orifice aortique produit souvent la même dégénérescence inflammatoire, athéromateuse ou scléreuse du côté des autres orifices du cœur. Dès qu'apparaissent les symptômes d'asystolie, tels que congestion du poumon, du foie, des reins, œdème, oppression et hydropisies multiples, la lésion aortique n'est plus alors une contre-indication à la digitale, et il ne faudrait pas se priver d'un agent aussi efficace pour favoriser la compensation et rétablir l'équilibre qui est rompu.

La digitale trouve encore son indication en dehors des maladies fébriles avec adynamie, lorsque le cœur est vite et petit et qu'il semble vouloir céder à l'influence des intoxications diverses, qui sont la cause de l'adynamie. La digitale à petite dose sert à soutenir le cœur contre les dangers de l'hyperthermie. Nous ne croyons pas que son action antithermique soit assez prononcée et assez certaine pour la préférer aux autres antipyrétiques que nous avons à notre disposition, mais je crois qu'elle doit être recommandée à titre de tonique du cœur dans la convalescence des maladies fébriles et adynamiques. Il faudrait toutefois s'en abstenir, si l'on redoutait cette dégénérescence grasseuse, qui survient souvent pendant ces longues évolutions fébriles.

Les hémorrhagies actives, chez les sujets pléthoriques qu'elles soient pulmonaires, utérines, post-puerpérales, cèdent à l'influence de la digitale : celle-ci agit en ralentissant les mouvements du cœur et en activant la contraction des fibres musculaires lisses et des vaisseaux capillaires. On a profité de cette propriété de la digitale pour l'employer contre la congestion et l'inflammation des poumons pendant assez longtemps, ou l'a associée à l'émétique à haute dose comme contre-stimulant, selon la méthode de Rasori. La statistique n'a pas encore donné des preuves bien convaincantes de son utilité dans cette maladie ; et, si nous adoptons la théorie bacillaire que la découverte du pneumocoque a fait naître, je ne crois pas que la digitale possède des propriétés antiseptiques assez prononcées pour l'appliquer dans le traitement de la pneumonie. Toutefois, je n'hésiterais pas à l'employer, si je découvrais une lésion valvulaire mitrale, et que la congestion, ou l'hémorrhagie pulmonaire, qui accompagnent souvent cette lésion serait le premier signe d'un manque de compensation. Les hémorrhagies, qui résistent aux moyens ordinaires, cèdent à la digitale, lorsqu'elles sont compliquées d'une régurgitation mitrale. La digitale trouve encore son utilité dans la fièvre scarlatine ; elle aide à abaisser la température, à soutenir le cœur et favorise la diurèse, qui est souvent entravée dans cet exanthème. Les témoignages lui sont favorables contre le rhumatisme, mais elle est particulièrement utile dans les complications cardiaques de cette maladie.

On en fait usage aussi dans certaines maladies nerveuses. Le goître exophthalmique est heureusement influencé par la digitale, et Trousseau en faisait la base de son traitement, aujourd'hui on semble avoir plus de succès avec l'électricité et l'hydrothérapie. J'ai eu moi-même à me louer de la digitale dans trois cas de cette maladie, où j'ai été appelé à traiter. On a proné ses merveilles dans le traitement du *delirium tremens* ; les très hautes doses nécessitées ont été la cause de paralysies du cœur, et quelques morts subites ont diminué l'enthousiasme

pour cette médication. Les jeunes sujets pléthoriques supportent assez bien ce traitement ; mais ces hautes doses sont tellement dangereuses que la plupart des médecins y ont renoncé.

Le triomphe de la digitale se manifeste dans le traitement des hydropisies d'origine cardiaque : c'est là, entre les mains des médecins, qu'elle se montre dans toute sa supériorité. Elle trouve aussi son indication dans les hydropisies rénales, pourvu que le parenchyme des reins ne soit pas dans un état trop avancé de dégénérescence, et que la dialyse soit encore possible. Les hydropisies hépatiques sont plus rebelles à son action et lui résistent généralement, à moins qu'on ne lui adjoigne d'autres moyens : exemple, la paracenthèse abdominale qui, en diminuant la pression exercée sur le tissu rénal et les vaisseaux, permet à la digitale de produire une diurèse, impossible avant la ponction. J'en ai fait l'expérience personnelle au mois de janvier dernier. Un garçon, à qui j'ai soutiré deux gallons de liquide de la cavité abdominale, a guéri complètement, ayant été mis sous l'influence des diurétiques et de la digitale. Le liquide ne s'est plus reproduit, car, après la ponction abdominale, l'élimination par les reins se faisait très bien, puis la quantité des urines a augmenté considérablement.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

A PROPOS DE LA FISSURE ANALE, résumé d'une leçon faite au dispensaire du *St Bartholomew's Hospital*, par le Dr HARRISON CRIPPS, assistant-chirurgien.—Le Dr Cripps fait d'abord remarquer que, chez un malade se plaignant de troubles du côté du rectum, le diagnostic positif ne peut être fait qu'à l'aide d'un examen minutieux. La plupart des malades s'imaginent qu'ils ont des hémorroïdes, et il ne faut pas les prendre sur parole. Il faut pratiquer l'examen pour être sûr du diagnostic. Mais auparavant, il est bon de poser un certain nombre de questions qui pourront aider le médecin à suivre la bonne voie. Le Dr Cripps conseille les suivantes :

1o Allez-vous fréquemment au cabinet ?

2o S'écoule-t-il quelque sécrétion par l'intestin, et quelle en est l'apparence ?

3o Avez-vous quelque douleur, et se fait-elle sentir immédiatement après une selle ?

4o Quelque chose descend-il à l'anus pendant que vous êtes sur le siège ?

5o Passez-vous du sang ?

6o Le vase est-il éclaboussé comme si le sang jaillissait en un jet mince ?

Si le patient vous dit que, depuis quelques mois, il est obligé d'aller fréquemment au cabinet, et si ces troubles dépendent du rectum, vous trouverez presque sûrement une ulcération, un rétrécissement ou du cancer. Tandis que si le patient se plaint d'être constipé ou ne va pas à la garde-robe plus qu'une fois par jour, vous avez de fortes raisons de penser que ces maladies là n'existent pas. C'est une erreur commune parmi les étudiants de regarder la constipation comme un symptôme de rétrécissement. En réalité, c'est tout le contraire ; les patients ayant un rétrécissement se plaignent toujours de la diarrhée. Si le malade accuse une sécrétion quelconque, un écoulement anormal, il est nécessaire de s'assurer si cet écoulement vient

de l'intérieur de l'intestin pendant une selle ou du dehors. Dans ce dernier cas, il y aura des taches sur le linge. Si, au contraire, l'écoulement vient de l'intestin et est clair comme du blanc d'œuf, ce peut être du mucus venant d'un prolapsus interne ou d'hémorroïdes. Lorsque la quantité en est considérable, on est en droit de soupçonner une villosité ou un polype. Une décharge intestinale purulente ou marquée de café est un signe probable d'ulcère interne, de rétrécissement fibreux ou de cancer. Un écoulement d'origine externe, tachant le linge, vient généralement d'une fistule. Lorsqu'une partie du rectum descend durant l'effort de défécation, il y a prolapsus, hémorroïdes internes ou polypes. Le saignement est commun à presque tous les désordres du rectum, mais il y a une forme d'hémorrhagie qui est tout à fait caractéristique. Si le vase est éclaboussé de sang, on peut être à peu près sûr qu'il y a des hémorroïdes internes quelle que soit la maladie dont souffre le patient.

Toute maladie dont le siège est à l'anus ou sur le dernier pouce du rectum produit de la douleur, tandis qu'une large ulcération ou un cancer situés au-dessus du sphincter interne sont à peu près indolores. Il y a cependant une forme particulière de douleur qui est très caractéristique; c'est cette douleur très vive, agonisante, qui se fait sentir soit au moment d'une selle, soit une demi minute après, et qui cesse après un temps plus ou moins long d'une manière subite et complète, pour recommencer à la selle suivante. Cette douleur est plus vive chez certains malades, moindre chez d'autres, mais tous la redoutent au point de se priver d'aller à la garde-robe. Chez les malades accusant de pareils symptômes, l'examen fait découvrir une fissure anale.

Ces fissures ou ulcères peuvent se rencontrer sur n'importe quel point de la circonférence anale, mais dans neuf cas sur dix on les trouvera sur la ligne médiane postérieure. Elles ne sont jamais très larges, rarement plus grandes que la moitié d'un *three pence* anglais, et on les trouve placées de telle sorte qu'une moitié de leur surface s'étend sur la muqueuse, l'autre moitié sur la surface muco-cutanée. Elles varient en profondeur, les plus récentes s'étendant à peine au travers la membrane superficielle, les plus vieilles détruisant le tissu sous-muqueux et mettant à nu les fibres musculaires du sphincter externe. Quelquefois l'examen fera voir, à la place d'une ulcération, un petit trou; et si l'on y introduit un stylet on trouvera que la surface muco-cutanée est détachée sur un léger

espace, l'ulcère se trouvant ainsi couvert par le tissu superficiel. Ces cas sont très importants, car le petit orifice qui conduit à l'ulcération sous-muqueuse est facilement négligé, et j'ai rencontré beaucoup de cas où l'on avait dit aux patients, précisément à cause de cela, qu'il n'y avait rien d'anormal à l'endroit examiné. La meilleure manière de pratiquer un examen sur un malade qui présente des symptômes de fissure, c'est de placer ce malade sur le bord du lit, dans une bonne lumière, et de le faire forcer, pendant qu'avec les doigts on écarte doucement les plis de l'anus. On peut alors très bien voir la lésion, et généralement, juste sur le côté externe de l'ulcération, on trouvera un léger repli de la peau œdémateux et rosé. Il ne faut sous aucun prétexte passer le doigt dans l'anus au moment de l'examen; le sphincter se contracte spasmodiquement, ce qui produit une douleur aiguë. Si l'on soupçonne quelque lésion située plus haut dans l'intestin, l'on fera l'examen lorsque le patient est anesthésié, prêt à être opéré de sa fissure. Lorsque l'examen ne fait rien découvrir, bien que le malade ressente la douleur caractéristique de l'ulcère, n'affirmez pas qu'il n'y a rien avant d'avoir pratiqué un second examen sous l'influence de l'éther.

Dans les cas relativement récents, où les fibres musculaires ne sont pas exposées, où il n'existe pas de surface muco-cutanée ulcérée, ou de sinus, l'on a une grande chance d'obtenir la guérison par les remèdes. Il faut adoucir les selles à l'aide de laxatifs: une cuillerée à thé de la confection de senné tous les matins fera l'affaire. On peut donner au coucher des capsules contenant 15 à 30 gouttes de l'extrait fluide de cascara sagrada, ou la pilule de table suivante:

Pil. col. co. grs X
 Pil. rhei. co. grs XX

M.—Pour six pilules. Sig. une pilule à l'heure du dîner. Le malade, soir et matin, se lavera doucement l'anus avec du savon et de l'eau, et ne devra sous aucun prétexte se servir de papier lorsqu'il est au cabinet: il emploiera pour sa toilette une éponge ou du coton absorbant et de l'eau. L'on peut prescrire deux onguents: l'un sera appliqué comme calmant cinq minutes avant d'aller à la garde-robe, l'on emploiera l'autre au coucher, comme astringent. Il vaut mieux que le patient applique ces onguents avec son doigt, parce que l'ulcère est juste à l'orifice de l'anus, et il est facile de l'atteindre en forçant un peu. Six grains de morphine pour une once de vaseline feront un excellent onguent calmant, l'on peut prescrire, comme astrin-

geant, le sous-sulfate de fer, 10 grains à l'once, ou l'acide tan-
nique (20 grains à l'once). L'onguent suivant réussit quelque-
fois :

Acide carbolique.....	15 gouttes
Poudre de camphre.....	10 grains
Onguent simple.....	1 once

Mais le traitement palliatif peut faire défaut, ou bien l'on a affaire à un cas qu'il faut opérer d'emblée. Lorsque l'ulcère date de loin, lorsque les fibres musculaires sont exposées, si les bords en sont décollés ou s'il y a un sinus, le traitement palliatif est tout simplement une perte de temps, car le patient peut être guéri par une opération bien faite. Il faut procéder de la manière suivante. Le soir au coucher, deux jours avant l'opération, le patient devra prendre deux pilules (pil. col. co. grs IV; pil. rhei. grs X; pour deux pilules) afin que les intestins soient bien libres le jour de l'opération. Le matin même, une heure avant d'opérer, on fait administrer en lavage une pinte d'eau chaude. Lorsque le patient est sous l'influence de l'éther, on le place dans la position de la lithotomie, et l'on dilate doucement le sphincter. On examine alors soigneusement l'ulcère avec un fin stylet pour voir s'il n'existe aucun trajet fistuleux et jusqu'à quel point les bords peuvent être décollés. Si l'on trouve un sinus, il faut l'ouvrir. S'il n'y a pas de sinus, ou si le sinus persiste après qu'on l'a divisé, on introduit un spéculum dans le rectum, et l'on divise la surface de l'ulcère par une incision médiane bien nette que l'on doit faire commencer sur la muqueuse, à un demi pouce au-dessus de l'ulcère, et finir sur la peau à un demi pouce au-dessous, et même un peu plus. L'incision doit être assez profonde pour diviser en partie le sphincter externe, et il faut pour cela qu'elle soit profonde au centre d'au moins un quart de pouce. Il est vrai que dans bien des cas une incision plus superficielle suffit, mais comme il arrive souvent qu'une telle incision demeure insuffisante, il vaut mieux dès l'abord ne pas recourir aux demi mesures. D'autant plus que la profondeur de la plaie ne fait rien à la longueur de la cicatrisation. L'incision une fois faite, on détache avec les ciseaux, de chaque côté, une étroite bande de tissu, afin que les bords ne chevauchent pas l'un sur l'autre et ne retardent la cicatrisation. On remplit l'incision d'une mèche de charpie couverte d'onguent d'eucalyptus, on recouvre avec un tampon de coton aseptique, et l'opération est faite. Le patient doit rester coucher pendant une quinzaine et, comme dans toute opération au rectum, la plaie doit être nettoyée soigneusement

et pansée matin et soir. On donne le cinquième jour une dose d'huile de ricin et ensuite tous les deux soirs un laxatif léger. Lorsqu'on permet au patient de se lever, il peut marcher un peu sans que cela lui fasse du tort; mais tant que la plaie n'est pas parfaitement guérie, il doit s'asseoir le moins possible. Rien ne retarde autant la cicatrisation d'une plaie rectale comme la congestion que produit la station assise prolongée.

Vous allez sans nul doute vous dire, messieurs, que cette opération, avec son traitement subséquent, est bien compliquée pour une lésion aussi petite que la fissure anale. Il est très vrai que l'on peut guérir beaucoup de ces cas par les caustiques, la scarification légère de la surface ou simplement la dilatation; mais si vous voulez tenir la ligne de conduite la plus sûre envers le patient et envers vous-même, et rendre la guérison certaine, je vous conseillerai de ne pas essayer les demi-mesures, mais de faire tout de suite une opération bien raisonnée. Autrement vous aurez de temps à autre des succès.

Épilepsie :

Rx.—Bromure de potassium . . .	} à 6 drachmes
“ d'ammonium . . .	
“ de sodium	
Eau distillée	4 onces
Dose.—Prendre la 1 ^{ère} semaine	4 cuillérées par jour.
“ “ 2 ^e “	5 “ “ “
“ “ 3 ^e “	6 “ “ “
“ “ 4 ^e “	7 “ “ “

Diminuer ensuite d'une cuillérée chaque semaine pour arriver à 4 puis recommencer.

CHARCOT.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE PENDANT LES TROIS PREMIERS MOIS (1) par le Dr Charles P. NOBLE.— C'est une croyance généralement admise et reconnue dans les principaux traités d'accouchements, que le diagnostic de la grossesse durant les trois premiers mois est difficile, et même impossible à faire. C'est dans le but de combattre cette idée que je publie cette communication. Je suis persuadé qu'un praticien habile peut, par l'examen bi-manuel, reconnaître quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent si la grossesse existe et cela entre la sixième et la douzième semaine de la gestation.

Cette opinion est basée sur une expérience de dix années ; pendant cette période de temps, j'ai eu l'occasion d'observer un très grand nombre de cas de grossesses au début. Pendant les cinq premières années de ma pratique, je fus attaché comme médecin au dispensaire du Philadelphia Lying-In Charity, où, à ce moment, un grand nombre de femmes vinrent se faire examiner pour savoir si elles étaient enceintes ; les cinq dernières années, j'ai eu à examiner le nombre ordinaire de cas qui peut se présenter dans un grand service d'hôpital sans compter ceux de ma clientèle privée. Bien que je n'ai pas mis en note le nombre observé, il est certain qu'il a été considérable, et malgré cela, je ne connais pas une seule observation, sans complication, où la grossesse n'ait pas été diagnostiquée pendant les premières semaines. Dans quelques cas, il y eut un diagnostic réservé, par suite de la difficulté amenée par la présence en trop grande quantité du tissu adipeux, rendant la palpation abdominale et l'examen bi-manuel difficiles et cela, dans la proportion de un pour cent environ.

Le signe principal, qui permet d'établir l'existence de la grossesse pendant les trois premiers mois a été décrit, mais seulement d'une façon très sommaire, dans quelques livres d'obstétrique. J'en ai lu, pour la première fois, la description dans un article de Grandin, de New-York. Le Dr Grandin et d'autres étaient dans l'erreur, en attribuant ce procédé à Hégar,

(1) Extrait des *Transactions of the Philadelphia County Medical Society* 1894 ; traduit par Mlle Bordet.

mais ils avaient raison de le considérer comme un signe de valeur, permettant de faire le diagnostic de la grossesse au début.

La forme de l'utérus à l'état de vacuité est pyriforme, aplatie d'avant en arrière : mais lorsque la cavité utérine est occupée par l'œuf, il se produit des changements dans son aspect et son volume ; le corps et le fond se développent rapidement pour répondre à l'accroissement du fœtus, tandis que la partie inférieure de l'organe, le segment inférieur se développe plus lentement et même vers la fin de la grossesse, sa surface n'a pas beaucoup augmenté.

Six semaines après la fécondation, l'œuf a grossi suffisamment pour amener le développement du corps et du fond de l'utérus, qui prend alors une forme arrondie, sphéroïdale. À ce moment, le col n'a pas changé dans sa forme, on peut donc se représenter l'utérus comme un corps sphérique, posé sur un cylindre qui est le col, et susceptible de se développer dans toute sa surface.

En d'autres termes, si l'on examine un utérus gravide entre la sixième et la douzième semaine, on trouve un développement du corps très distinct du col en avant, en arrière et latéralement et en rapport avec l'âge de la grossesse. D'après moi, ce développement du corps seul est un signe de la plus grande valeur : cependant le praticien judicieux ne devra pas négliger les autres signes et symptômes. Le corps de l'utérus présente une mollesse spéciale et lorsqu'il est saisi entre les doigts par le palper abdominal et le toucher vaginal, il est possible de sentir une sorte de fluctuation. Cette mollesse et cette fluctuation sont trouvées dans tous les cas.

Quelles conditions pourraient amener une erreur de diagnostic et faire croire à une grossesse, alors qu'elle n'existe pas ? Il y en a, pratiquement, deux : 1. L'hématométrie due à l'imperforation du canal utérin. Un spécialiste fera facilement le diagnostic différentiel, mais pour un médecin voyant rarement des cas de ce genre, le diagnostic sera peut-être un peu difficile à faire. Cependant les antécédents de la malade lui permettront de soupçonner qu'il existe un état anormal de l'utérus, car l'hématométrie est presque toujours le résultat d'une malformation congénitale et se rencontre chez les jeunes filles à l'âge de la puberté ; ce point est assez caractéristique pour donner l'éveil au médecin. Pourtant l'hématométrie peut survenir à la suite d'une atrésie du canal cervical, consécutive à un état inflammatoire de l'utérus, ou après des cautérisations

sur le col ; 2° Dans certains cas de fibrômes interstitiels de l'utérus, il existe un ramollissement plus ou moins marqué, mais alors les sensations ne sont plus aussi nettes qu'avec un utérus gravide ; l'utérus n'est pas aussi uniformément développé ; le développement peut être plus ou moins limité à une région de l'organe, il peut exister en avant, mais non sur la paroi postérieure ou sur les parties latérales : la fluctuation n'est pas appréciable

Ce sont, il me semble, les deux seuls états pathologiques pouvant simuler une grossesse à une période peu avancée.

Un mot maintenant sur les obstacles qui peuvent empêcher de trouver ce développement sphéroïdal du corps utérin. Il est facile de se rendre compte que ce signe est sans valeur, avec un utérus devenu gravide, mais contenant déjà une tumeur fibreuse ; il en est de même avec un utérus comprimé, refoulé par une tumeur ovarienne.

Le développement exagéré du tissu adipeux est un obstacle à l'examen, car il est difficile, à la main abdominale, de se rendre compte du volume de l'utérus, aussi bien qu'au doigt pratiquant le toucher vaginal, par suite de l'épaisseur des parois.

Il peut arriver aussi que la grossesse ait lieu dans un utérus dévié de sa situation normale, et maintenu par des adhérences, résultant d'une inflammation ancienne.

Dans ce dernier cas, le développement de l'utérus n'a pas lieu d'une façon régulière. Tous les symptômes réunis sont quelquefois suffisants pour penser que la grossesse existe, mais lorsqu'il y a doute, mieux vaut s'abstenir, réserver son diagnostic et attendre que les signes certains se produisent.

Certains autres signes ont également au début une certaine valeur : la coloration violacée de la vulve et du vagin apparaît fréquemment vers la sixième semaine et est, à ce moment, aussi prononcée qu'elle le sera au troisième mois. Pour un observateur expérimenté, qui s'est habitué à noter la différence entre la légère coloration bleuâtre due à la congestion des organes pelviens et la coloration violacée de la grossesse, ce symptôme est assez important.

D'autres signes évidents de congestion des organes génitaux, tels que le ramollissement plus accentué des parois vaginales, pouls vaginal, et pulsations des artères utérines, perceptibles au toucher, en dehors de tout état pathologique des organes du

bassin ont d'autant plus de valeur qu'ils se trouvent associés à d'autres symptômes.

Le ramollissement du col, considéré par beaucoup d'auteurs comme un signe évident de grossesse est, pour moi, un signe très incertain. Le col peut se ramollir si l'utérus est congestionné, sans que pour cela la grossesse existe; au contraire, dans les cas où le col se trouve être le siège de cicatrices anciennes, il ne subira que très peu de changements dans sa consistance, même dans les derniers mois de la grossesse.

Vers le quatrième mois, l'utérus s'élève dans la cavité abdominale: à ce moment le signe que nous avons décrit n'a plus de valeur, mais, jusqu'à ce qu'il soit possible d'entendre les bruits du cœur foetal, le signe de Hégar, la mollesse du segment inférieur de l'utérus, contrastant avec la consistance ferme du col, sont les signes permettant de faire le diagnostic de la grossesse au début.

Cet exposé a été à dessein aussi détaillé que possible dans l'espoir d'attirer l'attention vers ce point. Je n'ai pas hésité à m'étendre longuement sur les signes de la grossesse, mon expérience sur ce sujet ayant été d'assez longue durée pour me convaincre de l'exactitude du signe décrit dans ce rapport.

Arch. de Tocologie et de Gynécologie.

FORMULAIRE

Brûlures :

Traitement des brûlures par les pansements antiseptiques.

1er degré : brûlures superficielles de l'épiderme, érythème, légères phlyctènes.

Saupoudrer la région de bismuth, appliquer une compresse légère de gaze imbibée d'une solution de sublimé corrosif au 1000e et parfaitement essorée ; onction de vaseline pardessus la compresse, enveloppement de ouate hydrophile et bande de soutien. On lève le pansement après 24 heures. Si tout va bien, si l'on est sûr que la brûlure reste au premier degré, on peut se contenter de la saupoudrer avec du bismuth ou de l'oxyde de zinc.

2ème degré . brûlure de l'épiderme et du derme, phlyctènes étendues, derme à nu.

Exciser complètement les poches de sérosité, saupoudrer les surfaces de bismuth ou d'un mélange d'antioyrine, de bismuth et de salol, recouvrir de fragments de gaze imbibée de sublimé au 1000e et bien essorée, étaler par dessus un linge aseptique enduit de vaseline, puis une bande de mackintosh, envelopper le tout dans de la ouate hydrophile. Ne pas recommencer le pansement si tout va bien.

3ème degré : brûlures profondes atteignant muscles, tendons, vaisseaux, nerfs.

Iodoforme finement pulvérisé, ou salol, ou gaze iodoformée en petits fragments ; étoffe imperméable (mackintosh) et ouate hydrophile. Si la brûlure donne beaucoup de sérosité, employer la "ouate de tourbe." Second pansement au bout de 36 à 48 heures, troisième pansement après trois jours, quatrième pansement après 4 à 5 jours. À chaque pansement, enlever soigneusement les parties sphacélées. Ne pas employer de corps gras.

4ème degré : carbonisation.

Excision des sphacèles, antiseptie parfaite. Mêmes pansements qu'au 3e degré.

Une brûlure, par le fait seul que le feu la produit, est aseptique. Il est donc inutile de faire des lavages ou de renouveler trop souvent les pansements. Mais l'antiseptie de ces derniers doit être très minutieuse. Le liniment oléo-calcaire n'est utile qu'au moment même de la brûlure, et à condition que l'huile d'olive soit bien stérilisée

HUGUENIN, in *Concours Médical*.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

Rédacteur en-chef : DR E. P. BENOIT

MONTREAL, NOVEMBRE 1895.

BULLETIN MEDICAL

Ainsi que nous le disions dans le numéro de septembre, l'Association Médicale Anglaise (British Medical Association) s'est réunie à Londres les 30 et 31 juillet, 1er, 2 et 3 août dernier, sous la présidence de Sir Russell Reynolds. Bien que nous soyons quelque peu en retard, ayant donné la place à d'autres congrès plus importants, nous tenons cependant à mettre nos lecteurs au courant de ce qui s'est passé. La société se divise en autant de sections qu'il y a de branches dans la science médicale ; chaque section a son président, et les membres qui en font partie sont pour la plupart des spécialistes. Les discussions y sont d'autant plus intéressantes qu'elles sont faites par des hommes bien au courant. Les différentes sections se réunissent lorsqu'il s'agit de questions générales, et délibèrent ensemble. L'ensemble des travaux de la société offre donc un très grand intérêt pour le médecin praticien.

Le président de la société, Sir J. Russell Reynolds prononça, à l'ouverture des séances, un très joli discours sur le "Pouvoir de la vie dans la vie." Après avoir passé en revue les progrès de la Société, progrès qui se sont toujours tenus à la hauteur de ceux de la science, il sut mettre en relief la marche rapide accomplie de nos jours par la physiologie, et le grand parti que la bactériologie, cette science nouvelle, a su tirer des propriétés malfaisantes des microbes pour les faire servir à l'immunisation et à la guérison des symptômes morbides créés par eux. "Grâce à ces progrès, a dit Sir Reynolds, nous savons le rôle important que certaines glandes jouent dans l'économie (glande thyroïde, capsules surrénales, etc.), nous connaissons l'action bienfaisante que les toxines peuvent produire sur la cellule organique, et cela a permis à la médecine moderne d'établir la médication organique et la sérothérapie."

Le discours de Sir William Broadbent sur " La croissance de l'art médical " et celui de Jonathan Hutchinson sur les " Progrès de la chirurgie " mériteraient d'être reproduits tout au long.

SECTION DE MEDECINE

Ainsi que l'on pouvait s'en attendre, la question en tête du programme était celle qui préoccupe aujourd'hui tous les esprits, la question des microbes, des toxines et de l'immunité. Le Dr Pavy, président, après avoir fait un exposé d'ensemble de la question, insiste surtout sur les bienfaits que procure à l'humanité la prophylaxie des maladies contagieuses. Puis vient une longue discussion sur la sérothérapie de la diphtérie, à laquelle prennent part les Drs Sidney Martin, Goodall, Johuston (Glasgow), von Ranke (Munich), Lennox Browne, Baginsky (Berlin), Woodhead, Hermann Biggs (New York), Campbell Hall. Tous les membres présents suivirent la discussion avec beaucoup d'intérêt et semblèrent approuver la conclusion des orateurs : que le nouveau traitement de la diphtérie est certainement le meilleur de tous. Plusieurs travaux furent ensuite lus sans être suivis de discussion. Nous citerons comme l'un des plus importants celui du Dr Samuel West. Le Dr West, médecin au St Bartholomew's Hospital, ayant observé que les sels d'uranium, surtout le nitrate, ont la propriété de retarder la digestion de l'amidon, eut l'idée d'essayer le remède chez les diabétiques. Il donna, le 1er jour, 1 à 2 grains de nitrate d'uranium, très dilués dans de l'eau, augmentant tous les jours la dose jusqu'à ce que l'effet du remède se fit sentir par la diminution de la soif, de l'urine et du sucre. Ce qui nous frappe chez les patients du Dr West, c'est qu'ils avaient une rechute à la moindre cause (peine, écart de régime, etc.) Tout le monde connaît, d'ailleurs, l'influence qu'a le système nerveux sur cette maladie. Le traitement du Dr West nous paraît incomplet en ce sens qu'il néglige absolument ce grand facteur étiologique. Le traitement d'Albert Robin, tel qu'exposé à l'Académie de Médecine de Paris, l'été dernier, nous semble plus rationnel. Nous en causerons bientôt avec nos lecteurs. Un travail fort intéressant aussi, et qui donna lieu à une assez longue discussion, c'est celui du Dr Cheadle sur les " Causes du rhumatisme aigu. " Le Dr Cheadle, frappé de la variété des symptômes de cette maladie et des liens qui semblent l'unir à un certain nombre d'autres, en conclut que le rhumatisme n'est pas une affection des jointures, mais une maladie générale à manifestations articulaires. Et il ajoute que ces manifestations articulaires ne sont pas les seules. Chez les enfants, il arrive souvent que la séreuse des articulations est fort peu atteinte, tandis que l'on a des manifestations fort graves à l'endocarde et au péricarde. On doit toujours craindre ces affections chez les enfants à diathèse rhumatismale. On remarque aussi à cet âge une sensibilité très grande du système nerveux à l'action toxique de la mala-

die qui peut se révéler par des attaques de chorée ou d'épilepsie. Après la puberté, les manifestations du rhumatisme seraient surtout articulaires. L'étiologie du rhumatisme s'appuie surtout sur l'hérédité. Mais cette hérédité ne serait, pour le Dr Cheadle, qu'une prédisposition augmentée encore par la fatigue ou la croissance, et la maladie serait par essence une toxémie, une infection produite par des sécrétions microbiennes. En un mot, pour le professeur Cheadle, le rhumatisme articulaire aigu est une fièvre, une infection à manifestations variées. Il est bon d'ajouter que c'est aussi l'avis de Bouchard et de l'École de Paris. Mais ce n'est qu'une hypothèse basée sur la clinique; la bactériologie n'a encore rien prouvé. Une seule chose pratique reste sûre: c'est que le salicylate de soude a une action presque spécifique sur la maladie, quelle qu'elle soit. Parmi les travaux sur les maladies du cœur, nous citerons celui du Dr Caton sur le "Traitement abortif de l'endocardite dans le rhumatisme aigu." Se basant sur quatorze années d'expérience, le Dr Caton affirme qu'il est possible, dans un cas de rhumatisme aigu, d'arrêter à son début une endocardite en faisant une judicieuse application de vésicatoires à la région précordiale. Nous laissons ceci à l'appréciation de nos lecteurs.

SECTION DE CHIRURGIE

La section de chirurgie nous offre aussi des travaux forts intéressants. Nous laissons de côté le discours du président, Sir William Maccormac, qui parla d'une manière très éloquente de "Quelques points intéressants dans la chirurgie de guerre"; les blessures causées par les armes à feu de nouveau calibre n'intéresseraient guère nos lecteurs, au point de vue pratique du moins. Nous aimons mieux parler du travail de Sir William Stokes sur les fractures du col du fémur. Pour le savant chirurgien, l'angle entre le col et la diaphyse du fémur n'est pas affecté par l'âge, et l'union osseuse est possible dans presque toutes les variétés de ce genre de fracture, pourvu que l'on puisse compter sur le travail réparateur de l'enveloppe fibro-synoviale du col. Les principes du traitement sont fixation, repos et extension modérée. Durant la discussion qui suivit, à laquelle prit part Sir William Hingston, Sir George Humphry fit la remarque caractéristique suivante: "Je crois qu'une fracture de quelque partie que ce soit du squelette, et quelle que soit l'époque de la vie, s'unira si l'on a soin de bien maintenir les fragments en juxtaposition." L'opinion générale des différents orateurs, c'est que l'on doit, chez les jeunes sujets, modifier le traitement de manière à prévenir toute difformité, en réduisant bien le chevauchement ou l'enchevêtrement (*impaction*). Le Dr Kendal Franks propose une théorie nouvelle du rein mobile. Selon lui, le rein, à l'état normal, est fixé entre le foie au-dessus et les intestins au-dessous, de sorte que si l'un ou l'autre de ces organes se trouve

déplacé par suite de son mauvais fonctionnement, le rein à son tour changera de position ; les symptômes qui surviennent alors dépendront surtout de la déviation du duodénum à droite ou du colon à gauche, déviation causée par le rein mobile. Les membres de cette section s'occupèrent ensuite de la chirurgie progressive et des opérations récentes, telles que les résections des vertèbres, du colon, de la rate, et la suture intestinale. Le professeur Murphy, de Chicago, fit devant les membres une démonstration sur le cadavre, afin d'expliquer la méthode opératoire qu'il faut suivre dans l'emploi du bouton qui porte son nom. Il expliqua que pour obtenir une bonne suture intestinale avec ce bouton (bouton de Murphy), il est absolument nécessaire de faire sur le bord mésentérique de l'intestin une suture à surjet afin que celui-ci soit bien recouvert de péritoine, et que, en même temps, on doit autant que possible respecter l'artère qui longe le bord intestinal, car ce vaisseau est encore plus que le mésentère nécessaire à la nutrition. Inutile de dire que cette démonstration fut écoutée avec le plus vif intérêt, de même que l'exposé de la technique que ce même professeur emploie dans la résection du rectum pour tumeurs malignes. Mais un épisode qui impressionna vivement les chirurgiens présents, ce fut la présentation, par le Dr Victor Horsley, de trois patients sur lesquels l'habile chirurgien a pratiqué la résection des vertèbres cervicales. Les vertèbres étaient cariées et la congestion de la moelle avait amené une paralysie complète des quatre membres. Ces patients aujourd'hui marchent et se portent bien. Le Dr Horsley a pratiqué sept fois cette opération, et un seul de ses patients est mort. Chaque opération fut suivie d'une extension prolongée, et le résultat merveilleux obtenu a fait l'admiration des membres de la Société. Après plusieurs travaux de moindre importance, les délibérations de la section de chirurgie se terminèrent au milieu de la satisfaction générale de tous les chirurgiens présents.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

Sir William Priestley, président, dans son discours inaugural, passe d'abord en revue les progrès accomplis en obstétrique. Il insiste sur les bienfaits de l'antiseptie : grâce à ces précautions la mortalité, qui était dans les maternités, de 34 pour 1000, a baissé à 5 pour 1000 ; la fièvre puerpérale en est complètement bannie et l'on peut dire que les parturientes sont plus en sûreté dans ces établissements que dans leur propre demeure, alors qu'autrefois c'était tout le contraire. Parlant des perfectionnements apportés aux instruments obstétricaux, l'orateur paye un tribut d'éloge au forcep de Tarnier, qui lui semble le plus parfait en précision, en sécurité et en utilité dans son emploi. Il ajoute quelques mots sur l'opération césarienne, l'opération de Porro et la symphyséotomie. Puis il aborde le sujet principal de son discours, la manie de trop opérer en

gynécologie. Les progrès de la chirurgie ont donné aux gynécologistes plus d'audace et de sécurité, mais cela ne doit pas excuser les abus. Sans doute l'on doit se féliciter des progrès accomplis. Il fut un temps où la ponction était la seule opération indiquée pour les tumeurs ovariennes, où un grand chirurgien pouvait dire que celui qui tenterait d'enlever en entier une tumeur ovarienne devrait être accusé d'homicide. Aujourd'hui l'ovariotomie est acceptée de tout le monde, et l'on doit admirer des hommes qui pratiquent soixante dix fois l'opération et obtiennent soixante-dix succès. De pareils résultats sont admirables, mais ne doivent pas suffire à faire croire aux enthousiastes qu'il n'y a plus de limites dans le champ opératoire. Bien souvent en gynécologie avons-nous vu des choses bonnes en elles-mêmes devenir mauvaises parce qu'on ne les appliquait pas avec jugement. L'époque n'est pas encore très éloignée où tout le monde semblait possédé de la manie des lésions utérines. On semblait croire qu'il était possible dans chaque maison de trouver une femme souffrant d'endocervite ou d'ulcérations du col qu'il faudrait traiter localement. Plus tard vint une période, heureusement peu longue, où la *clitoridectomie* devait guérir des maux sans nombre. Puis ce fut le règne des déplacements utérins, où l'on attribuait à des causes mécaniques le plus petit mal de tête, le moindre symptôme abdominal, que l'application des pessaires devait aussitôt faire disparaître. Enfin l'oophorectomie eut son heure ; on pratiquait cette opération non seulement pour arrêter l'hémorrhagie des fibromes, mais encore pour faire cesser certaines névroses, alors que les ovaires étaient sains. Et l'on s'aperçut un jour que cette opération non seulement affranchissait les femmes, mais encore était souvent suivie de symptômes nerveux plus graves que ceux que l'on voulait combattre. C'est ainsi qu'un traitement utile était abandonné pour une innovation, jusqu'au jour où l'on en trouvait un autre. Aujourd'hui, grâce à Dieu, l'on réagit contre ces emballements. L'on se rappelle que les femmes ont d'autres organes que ceux de l'abdomen, et l'on reconnaît que la chirurgie conservatrice, lorsqu'il s'agit des organes de la génération, est non seulement la méthode de choix, mais encore un devoir. Le côté médical a toujours sa raison d'être dans un cas de gynécologie ; l'on ne doit songer à la méthode sanglante que lorsque la gravité du cas l'indique. À quoi bon ouvrir l'abdomen pour un déplacement utérin qui ne cause que du malaise, ou enlever les ovaires pour des douleurs névralgiques ? À quoi sert l'hystérectomie dans un cas de fibrome qui ne cause aucun symptôme et n'incommode pas plus la femme que le nœud dans le bois d'un arbre ? " J'ai vu, dit Sir Priestley, enlever les annexes de l'utérus pour une pelti-cellulite post-puerpérale, et cela simplement parce que la malade ne voulait pas se soumettre à une convalescence un peu longue. J'ai entendu parler d'une ovariectomie pratiquée pour une métrorrhagie chronique à la

suite d'un avortement. On a même proposé le curettage pour guérir certaines hémorrhagies qui se produisent à l'approche des règles." Suivant l'orateur, cette rage d'opérer qu'on certains spécialistes n'a que l'amour propre pour base. Pour lui, une statistique, comprendrait-elle 1000 cas et serait elle des plus brillantes, n'a de valeur que si l'utilité des opérations est prouvée. L'orateur termine en disant: " Je suis pour le progrès. J'admire celui qui, lorsque le temps est venu, agit avec promptitude et courage. C'est la hâte intempestive et le dédain des conséquences dans la marche en avant qui doivent être réprouvés. Notre devise à tous, c'est: *Primo non nocere.*" Ce discours brillant et sage, dont nous ne pouvons malheureusement que donner une faible idée, souleva des applaudissements unanimes. Le professeur Lusk (New-York), secondé par le professeur Martin (Berlin), proposa un vote de remerciement à Sir Priestley qui fut adopté par acclamation. Puis l'assemblée s'occupa des différents travaux du programme. Nous en parlerons.

COURRIER DES HOPITAUX

HOTEL-DIEU DE ST-JOSEPH

Notes du Dr J. P. Roux, médecin interne

Durant le mois de septembre dernier, 375 malades ont été traités à l'Hôtel Dieu. Au commencement de ce mois il en restait 206 des mois précédents, il en a donc été admis 169 nouveaux. 176 ont laissé l'hôpital guéris pour la plupart, excepté 5 qui sont partis sans espoir de guérison. Il en est mort 10; 4 d'affections organiques du cœur, 2 de phtisie, 1 de tuberculose intestinale, 1 d'ictère grave, 1 des fièvres typhoïdes et 1 de paralysie causée par un épanchement cérébral.

Dans le service de médecine, qui comprend plus de la moitié des malades, nous pouvons dire que les six-dixièmes souffrent d'affections de l'appareil respiratoire. La bronchite et la phtisie se partagent ces sujets. Les fièvres typhoïdes semblent diminuer, nous n'en avons admis que deux nouveaux cas dans les quinze derniers jours. Il vient de mourir dans ce service un tuberculeux qui offre quelques particularités. C'est un jeune homme qui, bien qu'agé de 17 ans, n'avait pas encore atteint son temps de puberté. Ses organes génitaux n'étaient pas plus développés que ceux d'un enfant de six mois. Il se présentait à nous au commencement d'août souffrant de vomissements et de douleurs intestinales atroces. A l'examen, l'abdomen présente un gonflement, une espèce de tumeur, qui donne de la sub-

matité à la percussion et les intestins laissent entendre des borborrygmes presque continus. De suite la présomption fut que nous avions affaire à un cas de tuberculose intestinale ; son teint cachectique, sa fièvre hectique, ses transpirations nocturnes en étaient une preuve assez évidente. Avec une diète sévère et une médication stimulante il prit assez de mieux pour pouvoir retourner chez lui après trois semaines de traitement. Quinze jours plus tard il nous arrivait de nouveau, mais dans un état bien pire.

Les symptômes avaient changé ; les vomissements existaient bien encore plus persistants qu'avant, mais la tumeur avait disparu et l'abdomen s'était complètement affaissé ; à la percussion on découvrirait un léger épanchement et en pressant sur les parois de l'abdomen on sentait que le péritoine et les intestins étaient durcis, qu'ils se déplaçaient difficilement et en bloc. Une semaine plus tard un abcès s'ouvrit à l'ombilic et donna issue à un pus d'une odeur caractéristique. A l'autopsie le diagnostic de tuberculose intestinale fut confirmé. Le docteur Kennedy qui a été chargé de la faire a trouvé le péritoine et les intestins tous pris d'une masse, remplis de granulations et dans l'état de suppuration. Tous les organes étaient anémiés, les poumons contenaient quelques tubercules et le bord inférieur du foie était gangréné. Quelques chirurgiens conseillent dans ces cas d'ouvrir l'abdomen au commencement de la maladie et de faire un bon lavage antiseptique du contenu, mais ici personne n'a osé le tenter sous les circonstances.

En chirurgie, il y a eu plusieurs jolies opérations, entre autres trois kélotomies, une pour une hernie crurale et deux pour des hernies inguinales. Toutes les trois ont parfaitement réussi, bien que l'une d'elle ait été pratiquée, par le docteur Brunelle, sur un vieillard de 79 ans qui souffrait d'étranglement de sa hernie depuis 6 jours. Au commencement du mois, une dame d'origine française vint consulter le docteur Hingston pour une prétendue tumeur siégeant dans l'abdomen. Elle déclare d'abord au médecin qu'elle a déjà été opérée à Dijon pour une tumeur du foie et que c'est la même chose qui recommence, et en effet une cicatrice indiquait qu'elle avait déjà subi une opération. A l'examen, les parois de l'abdomen présentent des bosselures qui disparaissent complètement aussitôt que le chirurgien détourne l'attention de sa patiente.

La sensibilité excessive des ovaires et de la colonne vertébrale aux endroits privilégiés ne laisse aucun doute sur la nature des tumeurs. "Maintenant, dit le docteur Hingston, bon nombre de chirurgiens conseillent dans ces cas l'enlèvement des ovaires comme étant la cause de ces désordres ; eh bien, moi, je réponds : enlevez d'abord la moëlle épinière, la cause première, et ensuite si ça ne va pas bien vous enlèverez les ovaires." J'oubliais de dire que la dame venait de subir un examen à New York et qu'on lui avait conseillé l'enlèvement des ovaires.

Il vient de nous arriver de Mattawa un jeune homme souffrant de fracture des deux fémurs depuis huit mois. La réduction n'a pas réussi et il n'y a pas eu consolidation. Il doit être opéré ces jours-ci. J'en parlerai plus tard.

Au dispensaire du docteur Chrétien, il se fait beaucoup d'opérations ; le docteur en a pratiqué de 10 à 15 par semaine. Sur ce nombre, il y avait 7 cas de cataractes. Pour diminuer le nombre de patients à son dispensaire, le docteur exige des certificats des curés ou des médecins. Ça n'empêche pas de voir arriver chaque semaine de charmantes dames superbement mises et même ayant voitures et cochers. Il est si facile d'obtenir des certificats de pauvreté !

HOPITAL NOTRE-DAME

Notes du Dr A. Ethier, interne en chef

Depuis longtemps octobre a certainement été le mois qui nous a fourni le plus grand nombre de cas variés, sérieux et intéressants. Et cela non seulement dans un seul, mais dans tous les services. Cependant malgré tout, je ne puis mettre mes lecteurs au courant de tous ces cas ; d'abord parce qu'ils sont trop nombreux, et ensuite parce que je n'ai pas encore eu le temps de les étudier chacun en particulier. Aujourd'hui je me contenterai d'en rapporter un qui offre assez d'intérêts. C'est un cas d'ictère, des plus caractéristiques, à la suite d'un traumatisme dans la région du foie.

Adélarde C., jeune homme de 19 ans, est précipité, un jour, en bas de son tombereau contenant une charge de charbon de près de 2000 lbs et au dire de témoins oculaires une des roues du tombereau lui aurait passé sur le corps dans la région du foie et de l'estomac. La victime de cet accident n'a pas perdu connaissance.

A un examen minutieux et répété à plusieurs reprises, on ne constate aucune lésion externe, aucune fracture de côtes, ni aucun symptôme de lésions de la colonne vertébrale. Le malade accuse des douleurs en ceinture passant vis-à-vis le foie, l'estomac et s'étendant à la région lombaire. Figure pâle, respiration accélérée, pouls un peu faible et pas trop rapide. Nous prescrivons repos au lit, cognac et applications locales calmantes.

L'accident était arrivé à 3 heures p. m. Une heure après son admission, le patient a un vomissement de matières alimentaires pas encore complètement digérées. Pas de sang indiquant qu'il y aurait eu rupture de cet organe. Un peu plus tard le malade a une selle normale, ainsi que l'urine ; pas de traces de sang.

Vers 7 hrs p. m. le patient change subitement. Pâleur extrême de la face, peau froide sur toute la surface du corps, respiration pénible, pouls à peine perceptible, filiforme et tellement rapide qu'on peut à peine le compter. La température, prise dans l'aisselle est à

97° F. Enfin le malade est presque à l'extrémité. Immédiatement on donne des injections sous-cutanées d'éther, qui font remonter un peu le pouls; puis ammoniaque aromatique, alternant avec cognac de demi-heure en demi-heure. Chaleur à la surface externe. A peine deux heures après une réaction sensible s'était opérée, et ce mieux s'est continué durant la nuit et la journée suivante. Quelle a été la cause de ce changement si subit ici? Est-ce une hémorrhagie interne? C'est ce à quoi nous avons d'abord songé, mais la suite n'est pas venue corroborer ce premier diagnostic. Pas de sang ni dans l'urine, ni dans les selles. Pas d'autres vomissements indiquant qu'il y aurait eu hémorrhagie dans l'estomac. Serait ce simplement le résultat du choc produit sur le système nerveux. Cette dernière hypothèse semble plus logique. Dans tous les cas ces symptômes alarmants n'ont pas réapparu. Le malade accuse encore des douleurs localisées surtout dans la région hépatique et gagnant vers l'estomac. Dans l'après-dînée du lendemain de l'accident, environ 26 heures après, on remarque une légère teinte jaunâtre des conjonctives oculaires. Le jour suivant coloration jaune de la face assez prononcée; enfin le 3e jour voilà notre malade en pleine ictère. Toute la surface du corps présente cette belle teinte caractéristique. La température oscille entre 99 $\frac{4}{5}$ à 100 $\frac{4}{5}$ F. et le pouls bat de 80 à 98 pulsations à la minute. Les intestins fonctionnent au moyen de laxatifs et les selles présentent la couleur ictérique. Toujours la même douleur persistant au même point, du foie à l'estomac, dans la direction du duodénum. Nous sommes d'opinion que le traumatisme aurait déterminé une inflammation du duodénum qui se serait propagée dans les conduits biliaires et qui aurait été ainsi un obstacle à l'écoulement de la bile dans l'intestin. Il y a aussi une légère péritonite que nous traitons. Aujourd'hui tout est presque disparu; dans quelques jours notre malade sera complètement rétabli.

Nous avons un autre cas d'ictère dans le service des femmes, chez une jeune fille d'une vingtaine d'années. C'est une syphilitique à la seconde période. L'ictère aurait apparu tout-à-coup sans autre cause déterminante. Le cas est sous observation.

Le fameux microbe de la fièvre typhoïde ne paraît pas encore rassasié de victimes. Dix nouveaux cas ont été admis durant ce mois, dont un malade depuis 15 jours a succombé 3 heures après son entrée ici. Ça été le seul cas fatal durant le mois, malgré de sérieuses complications survenues chez plusieurs de nos autres patients.

Hôpital Notre-Dame, 31 octobre 1895.

CHRONIQUE

Le Collège de Pharmacie.—M. J. E. W. Lecours, pharmacien bien connu de cette ville, vient d'obtenir la chaire de Matière Médicale et de Pharmacie Pratique au Collège de Pharmacie de Montréal. Nous félicitons sincèrement le nouveau professeur.

Le Bureau Provincial.—Notre livraison d'octobre sortait à peine de presse et n'était pas encore livrée, que nous recevions du Dr Paul l'article publié plus loin. Cet article était accompagné d'une lettre dont nous donnons le passage suivant. "Je vous envoie un article auquel vous ferez l'accueil qu'il vous plaira. A vous de juger s'il est digne de l'hospitalité de vos colonnes... *Ayant assisté aux dernières élections, j'en suis revenu parfaitement écœuré par la manière despotique et même autocratique avec laquelle on nous reçoit et tourne en ridicule les propositions les plus pratiques.* Tarte nous a donné un fier coup de main en écrivant son fameux article. J'ai, etc." Le Dr Paul habite un centre populeux et est fort connu dans l'un des districts de notre province, où on le respecte pour sa probité et son expérience. On verra qu'il est aussi fort bien renseigné. Il parle au nom des médecins de la campagne, dont il fait partie, dont il est à même de juger la position; son article est écrit dignement, avec sagesse et avec conviction. Nous sommes d'autant plus heureux de voir un homme de cette valeur partager nos opinions, que le Dr Paul n'avait pas lu notre article intitulé: "La profession médicale vs MM. Tarte, Médecus et alias" lorsqu'il nous envoyait le sien. Ceci nous donne la conviction d'avoir frappé une note juste. L'UNION MÉDICALE n'a aucune confiance dans le bureau provincial actuel; elle a déjà dit pourquoi, elle le répètera encore. Il faut absolument améliorer la situation, donner à la profession la confiance qui produit l'énergie, se veiller la dignité professionnelle. N'est-il pas triste qu'un médecin puisse revenir de l'élection triennale parfaitement écœuré? Ne sentez-vous pas le sang bouillir dans vos veines devant les agissements éhontés d'un autocrate à procurations? Quand nous aurons le bulletin secret, quand chacun pourra voter suivant sa conscience et sans crainte, ces choses-là disparaîtront. Nous ferons tout en notre possible pour que ce soit bientôt. Pour répéter un mot habilement exploité autrefois, nous ne voulons pas que la profession soit gouvernée par un comité d'un. Est-ce que par hasard la profession le voudrait?

Non, n'est-ce pas? Eh bien, alors, faites une chose. Refusez à qui que ce soit votre procuration et attendez. Il n'y a rien qui

presse. Nous allons publier une série d'articles et de correspondances où chacun vous dira ce qu'il sait de la question. Quand vous connaîtrez le pour et le contre, vous ferez comme vous voudrez. Mais nous vous supplions, au nom de vos intérêts les plus chers, vous surtout, médecins de campagne qu'on essaie d'exploiter et dont certaines gens se moquent, de refuser tout écrit ou toute promesse à n'importe qui. Vous n'êtes les serviteurs de personne : conservez votre liberté d'action ; cela pourra vous servir dans quelques mois.

L'Association des Internes.— Cette association semblait tombée dans l'oubli, et quelques-uns de ses membres veulent tenter sa résurrection. A une assemblée spéciale convoquée à l'Hôpital Notre-Dame, le 4 octobre dernier, M. le Dr Brennan a été élu président, le Dr J. M. Mount, vice-président, le Dr Ethier, secrétaire, et le Dr Roberge, bibliothécaire. Les autres membres présents étaient MM. les Drs J. E. Laberge, Lalonde, David, McDuff, Hébert, Lagacé, Trudeau et Benoit. Il y fut décidé de tenir une assemblée deux fois par mois, de demander à chaque membre, son tour venu, un travail pour la société. On se propose aussi d'établir un règlement qui donne à l'Association des bases solides et rendent les séances aussi intéressantes que profitables. Nous constatons avec bonheur ce symptôme de retour à la vie : l'Association des Internes, fondée par notre rédacteur, M. le Dr H. E. Desrosiers, nous est chère à plus d'un titre. Nous sommes de ceux qui croient que le meilleur moyen de s'instruire, c'est d'échanger ses idées ; c'est là le but de toute société médicale qui doit être, non une société de savants, mais une réunion de chercheurs. L'Association des Internes s'est réunie de nouveau le 18 octobre. M. le Dr Laberge, médecin à l'Hôpital civique, y a donné d'intéressantes démonstrations sur l'analyse des urines. Nous souhaitons aux internes de l'Hôpital Notre-Dame, anciens et nouveaux, succès et prospérité dans leur nouvelle entreprise.

La Société Médico-Chirurgicale de Montréal.— Cette société a aussi tenu sa première assemblée régulière le 18 octobre dernier. On avait préparé pour l'occasion un fort joli programme. Nous avons surtout remarqué, parmi les présentations de malades, le patient du Dr F. J. Shepherd, opéré avec succès pour une hémorragie des méninges. Non seulement l'habile chirurgien du Montreal General Hospital pratiqua la trépanation et le tamponnement à la gaze iodoformée, mais il fut encore obligé de faire la ligature d'une branche de la carotide. Le malade est aujourd'hui parfaitement bien, n'a plus de paralysie et parle distinctement. Voilà de la chirurgie comme on n'en faisait pas il y a quelques années. Le Dr Adami a présenté des spécimens intéressants de bifurcation des cartilages costaux, et le Dr G. E. Armstrong a lu un travail très bien fait sur la chirurgie du calcul biliaire. Les séances de la société se font avec beaucoup de méthode, ce qui permet de suivre le programme avec aisance et de rendre la tâche facile à tout le

monde. Les membres de la société ont non seulement l'occasion de s'instruire, mais encore de se trouver en relation avec les travailleurs et les hommes connus. Cela ne fait jamais de mal. Nos remerciements au président, le Dr Blackader, ainsi qu'au Dr Gardner et au secrétaire, le Dr Gordon Campbell, pour leur aimable invitation à L'UNION MÉDICALE. Nous espérons qu'au mois de janvier l'agrandissement de notre format nous permettra de consacrer un espace spécial aux sociétés médicales, comme nous faisons déjà pour les hôpitaux.

Le dîner des médecins à la Kermesse.—La kermesse de l'hôpital Notre-Dame s'est terminée mardi, le 22 octobre. Le résultat est très favorable; les dépenses payées, il restera en caisse plus de \$9,000. C'est une fort jolie somme pour la saison. Le public et la presse, les autorités civiles et religieuses ont montré une fois de plus toute la sympathie qu'ils ont pour l'hôpital, œuvre charitable s'il en fut. Nous aurions voulu, en cette occasion, que le dîner des médecins eût été plus brillant. Il y avait peu, fort peu de monde. En revanche, les convives présents ont enlevé le menu avec entrain. Sir William Hingston, qui présidait, ayant à sa droite le Dr Rottot et à sa gauche le Dr Gardner, s'est vu forcé, à la demande de tous, de dire quelques mots entre la poire et le fromage. Puis, sur une invitation transmise par le Dr Lachapelle, tout le monde alla prendre une tasse de café au salon de lady Lacoste, où lady Hingston reçut la faculté avec une hospitalité charmante dont le Dr Lamarche sut la remercier par quelques mots bien dits et fort appropriés. Puis la gravité professionnelle dut céder devant la mine engageante des jolies ambulancières, et le reste de la soirée, on y pense souvent et on en parle encore.

Les canadiens aux Etats-Unis.— Nous apprenons que M. le Dr J. Lemieux fils de M. Hormidas Lemieux, de cette ville, et gendre de M. L. O. David, le patriote bien connu, vient d'être nommé chirurgien de l'hôpital de Portland, Orégon. Cet hôpital est l'un des plus importants de la côte du Pacifique. Le Dr Lemieux serait aussi à la veille d'être nommé professeur d'anatomie à l'université de la même ville. Tous nos compliments au jeune confrère.

ERRATA

Livraison d'octobre, page 513, 7e ligne.

Au lieu de: "la folie est toujours entière et irréductible en tant que maladie, mais bien généralisée par retentissement à l'ensemble de l'être intellectuel, ou au contraire spécialisée à la sphère, son domaine propre," veuillez lire: "à l'ensemble de l'être, ou au contraire spécialisée à la sphère intellectuelle, son domaine propre."

Même livraison, page 533, 24e ligne, au lieu de tuberculoses, lisez tubercules.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE PUBLIC vs LES MÉDECINS

On peut différer d'opinion avec M. Tarte sur les questions politiques, mais il faut reconnaître qu'en dehors de cette sphère, son immense talent, son courage, ses études variées, son expérience des hommes et des choses confèrent une grande autorité à ses paroles.

Aussi, l'opinion publique s'est elle émue à la lecture d'un article du rédacteur du *Cultivateur* mettant à nu les plaies vives qui rongent depuis trop longtemps le corps des médecins, et se terminant par le terrible acte d'accusation qui suit :

“ J'accuse, ici, sous ma signature et sous ma responsabilité, le corps des médecins de ne pas faire son devoir envers la société, en n'exerçant point sur ses membres le contrôle et la surveillance pourtant si essentiels dans l'exercice d'une profession qui entraîne tant de responsabilités.”

Combien de médecins ont-ils songé à plaider “ non-coupable ” sur ces charges si graves ? La grande majorité des fils d'Esculape ne sont-ils pas, au contraire, réjouis intérieurement d'entendre sonner, en dehors du camp professionnel, l'alarme que les sommités de notre monde médical négligèrent ou refusaient de donner à huis-clos ?

Notre amour propre a été piqué au vif ! Il n'était guère agréable pour la profession de s'entendre répéter le sarcastique : “ *Medice, cura te ipsum* ” par un journaliste politique dans les termes suivants :

“ Il faut applaudir à leur éloquence, sans aucun doute. Ils (les membres de l'Association Médicale du Canada) nous ont dit des choses vraies et salutaires. Mais, il n'eût pas été hors de propos pour les membres de la profession de faire un examen de conscience de leur propre cas. Il y a de grandes et puissantes réformes à opérer dans leur organisation. La discipline y fait déplorablement défaut. Un médecin peut être un ivrogne, un mangeur de morphine, un véritable assassin, en un mot, et continuer à exercer son art sans être justiciable de qui que ce soit.

“ Un notaire, un avocat qui se rendent coupables de fautes graves contre l'honneur, sont déchus de leur droit de pratiquer. Un médecin tuera votre femme, votre frère, et vous n'avez d'autre consolation que celle de pleurer vos morts. Il n'existe point dans le corps médical, d'organisation qui veille sur la conduite de ses membres, et soit une protection pour la société.

.....

“ Faites ces observations aux sommités de la profession médicale, ils admettent que vous avez absolument raison. Et ils ne font rien pour porter remède à cette effroyable situation.”

Est-ce là erreur et mensonge ? Non !

Les récriminations sont maintenant inutiles. M. Tarte nous a dit de rudes vérités, dans un temps très opportun. Tous l'admettent. Il nous reste à chercher la cause du mal, remède : aux erreurs du

passé et mettre le corps des médecins à l'abri de semblables attaques à l'avenir.

Quelle est la cause du pitoyable état où git la profession médicale de Québec ?

N'allons pas essayer d'en rejeter la responsabilité sur nos hommes publics ou d'y associer nos vieilles chicanes d'écoles. Avouons, loyalement, que le corps professionnel, tout entier, vit dans une atmosphère d'insouciance, de torpeur et d'apathie pour tout ce qui touche à ses plus chers intérêts. Si une nation a le gouvernement qu'elle mérite, la profession médicale a aussi l'administration qu'elle mérite. Le Bureau des Gouverneurs élus pour diriger les affaires et protéger les intérêts des médecins est le fidèle reflet de ses mandataires. Ne sentant pas l'aiguillon de la surveillance, ce pauvre Bureau se laisse aller paisiblement au courant de la routine.

On tourne donc dans un cercle vicieux : la profession ne s'occupe guère de ses Gouverneurs et ses Gouverneurs s'occupent encore moins de la profession !

Ainsi, croirait-on, dans le public, que le Bureau n'a pas d'organe officiel, que pas un journal de médecine français publie ses délibérations, que L'UNION MÉDICALE avait emprunté à la *Patrie* son rapport de l'examen de juillet dernier (à la *Patrie*), que les dix-neuf vingtièmes des médecins sont dans l'impossibilité de se renseigner sur ce qui se passe aux sessions semestrielles ?

Croirait-on qu'il a fallu dix années de délibérations pour que le Bureau se décide à augmenter le nombre des matières pour l'admission à l'étude, élargir le programme des études médicales et publier un registre médical qui, pour être imprimé, n'est pas encore distribué ?

Il y a mieux; croirait-on que nos Gouverneurs qui comptent parmi eux des hommes éminents non seulement dans leur profession, mais encore dans la finance et la politique, aient approuvé, sans mot dire, un état financier révélant le triste fait que \$7,000 sont dues au collège pour arrrages de contributions annuelles ! N'est-ce pas là la preuve évidente qu'administrateurs et administrés n'ont pas raison d'être jaloux les uns des autres ?

Croirait-on encore qu'aux dernières élections triennales, sur douze cents médecins licenciés, environ deux cent trente ont enregistré leur vote, que grâce à un système de votations absurde, cent quatre-vingts de ces votes étaient coucentrés entre les mains d'un même individu ? Qu'un bulletin de votation, composé des noms des gouverneurs actuels, était imprimé d'avance ; bien plus, que les motions proposant un tel et un tel comme officier du collège, avaient été préparées et distribuées avant même que les élections fussent faites ?

Il n'y a qu'un des grands corps de la nation pour endurer pareil système, tolérer de semblables abus, et c'est celui des médecins.

Rien de surprenant, après cela, que les neuf dixièmes des médecins oublient qu'ils ont des devoirs à remplir envers le collège des médecins et chirurgiens !

Il n'y a pas lieu de s'étonner, non plus, si le médecin de campagne laissé à lui-même, sans guide, sans protection contre les charlatans de toute nature, soit l'agent voyageur du professeur de l'Université et même du gouverneur du Bureau qui se livrent au commerce de médecine brevetée, soit le fervent disciple de l'abbé Kneipp qui ne voit qu'un fou dans le médecin de sa paroisse, soit le rebouteur qui *dénarfe* à la fois les membres et la bourse des badauds, soit, encore, le confrère déloyal qui soigne au rabais, calomnie gratuitement, n'emploie des remèdes connus que de lui seul, et fait pousser la clientèle en l'arrosant généreusement de whiskey ; il n'y a pas lieu de s'étonner, disons-nous, si le pauvre médecin pouvant à peine gagner son pain quotidien "*ne possède pas cinq livres dans sa bibliothèque*" et si son intelligence brisée par cette lutte inégale devient la proie du découragement et de l'abrutissement !

On dira que nous sommes un pessimiste, que ce tableau est surchargé ! Pardon ! tous ceux qui ont des yeux pour voir et des oreilles pour entendre savent que nous sommes loin de pécher par exagération.

Le moyen de remédier à nos maux ?

Par sa composition, son autorité, ses pouvoirs, il incombe au Bureau des Gouverneurs de donner l'exemple du dévouement aux intérêts professionnels.

Qu'il commence par nous donner une bonne loi contre les charlatans, nous entendons une loi effective ;

Qu'il nomme un comité de discipline décidé à faire respecter le code d'étiquette médicale ;

Qu'il nous donne un tarif d'honoraires ;

Qu'il fasse entrer en caisse tous les arriérés de contributions annuelles, les retardataires apprendront ainsi à remplir leur devoir et à exiger le respect de leurs droits ;

Que le Bureau fasse comme celui d'Ontario, et publie le rapport complet de ses votes et délibérations, afin que nous sachions à quoi nous en tenir sur la valeur respective de nos Gouverneurs ;

Qu'enfin on nous donne un système de votation rationnel, v. g., le vote par district, qui assurera l'élection des Gouverneurs représentant l'opinion de leurs mandataires et non le bon plaisir des habiles et des tireurs de ficelles !

Quand le Bureau aura fait son devoir il pourra se montrer sévère, avec raison, envers la profession.

Récemment sorti du scrutin, comptant dans son sein des hommes éminents, le Bureau actuel a trois années devant lui pour opérer, comme le dit M. Tarte, de grandes et puissantes réformes.

En se mettant immédiatement à l'œuvre il gagnera l'estime et la reconnaissance du corps professionnel, qui, à son tour, reprendra dans la société la considération qui lui est due.

DR PAUL,

BIOGRAPHIE

LOUIS PASTEUR

Nous annonçons, dans le dernier numéro de la revue, la mort de cet illustre savant, qui vécut assez longtemps pour juger de sa gloire. Nous voudrions aujourd'hui causer de cet homme de génie dont Sir Joseph Lister a pu dire : "Le monde a perdu une personnalité aussi belle qu'elle était grande." Louis Pasteur ! Qui n'a pas entendu ce nom ? Qui ne connaît pas l'œuvre immense de ce fils de tanneur, de ce chimiste sorti de l'École Normale, qui, par la seule puissance de son cerveau, a révolutionné la médecine et s'est élevé au rang de bienfaiteur de l'humanité ? Pour ceux qui ne sont pas initiés, pour les gens du monde, Pasteur, c'est le guérisseur de la rage, le médecin des vers à soie. Pour nous, médecins, il est plus que cela encore. Créateur de la méthode expérimentale, il a agrandi pour nous l'horizon de la science et lui a donné une force inconnue depuis Hippocrate. Repassez depuis son origine l'histoire de la science médicale, et vous y verrez au dessus de tous, deux sommets lumineux : Hippocrate et Pasteur. Hippocrate ! c'est-à-dire l'observation, l'étude des symptômes, l'empyrisme devenu un art ! Pasteur ! c'est-à-dire l'expérimentation, la nature manipulée par des doigts habiles, révélant les secrets de son organisation compliquée, et, par la volonté d'un seul, plaçant ses phénomènes au service de l'humanité ! Pasteur ! c'est la science qui crée, la science qui guérit ! Grancher disait de lui, au lendemain de sa mort : "Répandre à pleines mains des découvertes, sources éternellement fécondes, où les générations humaines viendront tour à tour puiser le bienfait de la vie, voilà ce qu'a fait Pasteur."

Quelle lumière inattendue montra la voie au chimiste, et lui fit faire le premier pas dans la route glorieuse qu'il devait suivre ? Ce fut la dissymétrie moléculaire. Pour avoir refusé d'admettre ce que disait le minéralogiste allemand Mitscherlich, qu'à des formes cristallines identiques correspondent des actions optiques dissemblables, pour avoir dans ses recherches sur le sujet étudié les groupements atomiques, Pasteur fut amené à pousser ses recherches vers les faits physiologiques, et un jour bien des gens furent étonnés d'apprendre que la génération spontanée n'existait pas, que la fermentation naît de la vie et non de la mort. Dès lors la marche de la science nouvelle fut rapide. Car, comme le disait si bien le ministre de l'instruction publique, M. Poincaré, dans son discours aux funérailles : "La science ne se lassera pas d'admirer dans le génie de Pasteur la force combinée d'une imagination créatrice et de la plus rigoureuse méthode expérimentale. Il a des inspirations subites qui le portent

vers des découvertes inattendues ; il a des instincts divinatoires qui le poussent dans des routes inexplorées ; il a de ses fougues de pensée qui devancent la constatation des vérités, la préparent, la font plus rapide et plus sûre. Mais lorsque s'est posé devant lui, dans une de ces illuminations générales, un problème scientifique, il ne le tient pour résolu qu'après avoir questionné la nature, qu'après l'avoir définitivement condamnée à répondre." Aussi quel enchaînement formidable de théories nouvelles et de résultats pratiques. Ce sont des germes qui produisent la fermentation lactique ; ce sont des germes qui altèrent le vin et le vinaigre ; ce sont des germes qui attaquent les vignes et font mourir les vers à soie. Et puisque la cause de ces maladies vient du dehors et non du dedans ; puisque ces maladies ne se propagent que par la contagion, le meilleur remède, c'est encore l'isolement, la prophylaxie. Ce sont des germes qui produisent le charbon : germes virulents par excellence, qui se propagent avec une rapidité infinie, conservent leur virulence après la mort de la victime, l'emportent avec eux dans la profondeur de la terre, reviennent avec elle à la surface et sont encore prêts à accomplir leur œuvre terrible. L'isolement ne suffit pas, il faut développer la résistance. Comment ? Le génie de Pasteur ne se laisse pas arrêter. Développant la découverte de Jenner, lui donnant une forme scientifique, il découvre l'atténuation des virus, l'accoutumance de l'organisme, l'immunisation enfin ; et depuis ce temps, la rage, l'érysipèle, la fièvre puerpérale, la diphtérie sont devenus guérissables alors que la plupart étaient le plus souvent mortelles. Et que dire de l'antiseptique, de la destruction sur place des germes qui a donné à la chirurgie moderne toute son audace. Voilà ce qu'a fait Pasteur. Virulence, contagion, immunité, antiseptie ; n'est-ce pas suffisant pour la gloire d'un homme ? A chaque phénomène expliqué le remède est venu ; cela seul a fondé l'immortalité de Pasteur.

L'homme privé n'est pas moins admirable que le savant. Soulager l'humanité souffrante était devenu le but constant de sa vie. Citons à ce propos, et en terminant, les paroles de M. Poincaré : " Il donna à sa science apitoyée le frisson de l'amour et le charme de la bonté ; il réalisa, par une sorte de multiplication de sa puissance de dévouement, la loi qu'il s'était imposée : " En fait de bien à répandre, le devoir ne cesse que là où le pouvoir manque." Et, reculant tous les jours l'étendue de son propre pouvoir, il se découvrit tous les jours plus de devoirs et n'eut d'autre ambition et d'autre joie que de les remplir . . . " Heureux, disait-il, heureux celui qui porte en lui un idéal et qui lui obéit." Il a obéi toute sa vie à l'idéal le plus pur, à un idéal supérieur de science, de vertu, de charité. Toutes ses pensées et toutes ses actions se sont éclairées au reflet de cette lumière intérieure ; il a été grand par le sentiment comme il a été grand par l'intelligence, et l'avenir l'érangera dans la radieuse lignée des apôtres du bien et de la vérité."