

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

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

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.	PAGES
<i>Troubles nerveux en rapport avec les maladies de l'oreille</i> , par le professeur FOUCHER.....	449
<i>Des injections salines dans le traitement de la pneumonie, spécialement chez les vieillards</i> , par J. A. LESAGE, docteur en médecine de la Faculté de Paris.....	457
<i>Décroissance rapide d'une tumeur fibreuse de la matrice à la suite du traitement par l'électricité</i> , par A. LAPHORN SMITH, B. A. M. D... ..	464
<i>Onze cas d'insolation</i> , par E. P. Benoit, M. D., chef de clinique à l'hôpital Notre-Dame.....	468
REPRODUCTION.	
<i>Les médecins et la loi</i> , par PEERS DAVIDSON M. A., du barreau de Montréal.....	473
Chap. I.—Le médecin comme témoin.....	474
Chap. II.—Devoir des médecins en ce qui concerne les actes des Statuts.....	477
Chap. III.—Responsabilité civile.....	478
Chap. IV.—Responsabilité criminelle	484

(Voir la suite, page 3.)

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

LISTERINE

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

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

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

Affections causées par la DIATHESE URIQUE

LAMBERT'S LITHIATED HYDRANGEA

Altérant des Reins—Anti-Lithique

INDICATIONS—Calcul urinaire. Goutte, Rhumatisme, Maladie de Bright, Diab e, Cystite, Hæmaturie et irritation générale de la vessie.

Pamphlets descriptifs envoyés à tous ceux qui en feront la demande.

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

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

En écrivant mentionnez le journal.

Dr J. LEDUC & Cie

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

2052 et 2054 RUE NOTRE-DAME, Carré Chaboillez,

MONTREAL

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

POUR UN MOIS SEULEMENT

AU-DESSOUS DU PRIX COUTANT

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

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

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

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

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

BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de campagne.

Fleurs sèches.—Parfums,

Articles de toilette, etc.

Prescriptions remplies avec soin.

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

DR J. LEDUC & CIE

2052 & 2054 RUE NOTRE-DAME

Carré Chaboillez, Montreal.

SOMMAIRE (Suite)

PAGES

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.	
<i>La menstruation dans ses rapports avec la pathologie générale, (KEIFFER).</i>	488
REVUE D'HYGIÈNE.	
<i>L'efficacité de la vaccination.....</i>	495
<i>Le diagnostic de la variole avant l'éruption (496), après l'éruption.....</i>	497
<i>La pratique antiseptique de la vaccination.....</i>	500
FORMULAIRE.	
Variole.....	501
Prophylaxie de la variole.....	502
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.	
<i>Encore le "MONSIEUR" de la "CLINIQUE", (DR PAUL).....</i>	503
<i>L'assemblée de juillet dernier.....</i>	506
CHRONIQUE.	
<i>L'Association Médicale Britannique.....</i>	507
<i>L'Association Médicale Canadienne.....</i>	509
VARIÉTÉ.	
<i>Le professeur. Richet.....</i>	511

J. H. CHAPMAN,

2294 — RUE STE-CATHERINE — 2294

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

BELL TELEPHONE 4396.

Instruments de Chirurgie de toutes sortes et de première qualité

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

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

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

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

H. J. CHAPMAN.

LE VÉRITABLE THAPSIA

doit porter les signatures

Ch. Perdriel *Ch. Perdriel*

Veuillez les exiger pour éviter les accidents

LE PERDRIEL & C^o, PARIS

DÉBILITÉ, ANÉMIE MALADIES de L'ENFANCE

sont combattues avec succès

PAR LA

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce sirop, à base d'algues marines remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables.

LE PERDRIEL & C^o, PARIS

TOILE VÉSICANTE

LE PERDRIEL

Action prompte et certaine

*La plus ancienne,
La seule admise dans les hôpitaux civils*

Exiger la couleur rouge

LE PERDRIEL & C^o, PARIS

GOUTTE, GRAVELLE RHUMATISMES

sont guéris par les

SELS GRANULÉS

Effervescents

DE LITHINE

de Ch. LE PERDRIEL

LE PERDRIEL & C^o, PARIS

Cachets Azymes Souples

S. CHAPIREAU

EXPOSITION UNIVERSELLE 1889
Mention honorable



MARQUE DÉPOSÉE

V^o JABLONSKI
D^o CHAPIREAU

14, rue de la Perle, 14
PARIS



BLANCHEUR, SOUPLESSE, ÉLÉGANCE

Les Cachets S. Chapireau contiennent trois fois plus de poudre que tous les autres cachets de même diamètre. — Ces cachets sont timbrés au nom ou à la marque du pharmacien.

ILS SONT FAITS EN TOUTE COULEUR

L'Appareil S. CHAPIREAU est le plus simple, le plus pratique, le plus expéditif

Appareil n^o 1 : 25 fr. — n^o 2 : 15 fr. — n^o 3 : 9 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

TROUBLES NERVEUX EN RAPPORT AVEC LES MALADIES DE L'OREILLE.

Par le professeur **FOUCHER.**

Les manifestations nerveuses, occasionnées par différentes maladies de l'oreille, se présentent souvent en pratique avec des caractères qui en masquent l'origine et qui détournent le médecin de leur véritable signification. Le spécialiste lui-même, quoique familier avec les troubles nerveux ordinaires qui originent dans l'oreille, peut être induit en erreur sur la nature exacte des troubles qu'il observe et peut facilement les laisser passer inaperçus, surtout lorsqu'il existe d'autres lésions dans le voisinage de l'appareil auditif. C'est ainsi que des phénomènes de toux, de dysphagie peuvent facilement trouver une explication, et être attribués à des troubles des voies respiratoires inférieures ou supérieures alors que l'origine véritable se trouve dans l'oreille, avec ou sans surdité, avec ou sans phénomène de douleur.

Le riche réseau nerveux qui se distribue à l'oreille externe et moyenne et qui tient ses propriétés du trijumeau, du facial, du glosso-pharyngien, des anastomoses sensitives du pneumogastrique, du facial, et du sympathique, explique suffisamment l'exquise sensibilité de l'oreille, sa réaction prompte aux influences du dehors. L'entrelacement intime, dans un espace aussi restreint, des branches de ces différentes paires rend l'oreille accessible aux réflexes d'ordre le plus varié. Une irritation, même légère, en un point quelconque du conduit auditif externe, du tympan ou de la caisse, peut déterminer des douleurs dentaires, des accès de toux, d'asthme, de salivation, des vomissements incoercibles, de l'hémicranie, de la dysphagie, de la contracture maxillaire, de la paralysie, de l'atrophie, de l'épilepsie, de la chorée, de l'hystérie, des vertiges et une foule d'autres symptômes d'ordre psychique.

Il faut dire aussi que ces phénomènes nerveux réflexes n'accompagnent pas nécessairement les lésions de l'oreille. Politzer (1) a enlevé un morceau de crayon, long de trois centimètres, qui avait séjourné pendant 50 ans dans le conduit auditif sans déterminer d'autres symptômes qu'un certain degré de surdité. Lucae, Zaufal, Rein, cités par Politzer, et un grand nombre d'autres, ont observé des faits analogues. Mais en opposition à ces cas, il y a une

(1) (Traité page 577.)

liste nombreuse de faits très intéressants qui démontrent que l'irritation de cette région produit non seulement de violents phénomènes sur le trajet des nerfs trijumeaux et vagues, mais encore des attaques nerveuses générales prolongées, qui ne disparaissent qu'avec l'agent irritant qui les a déterminées.

Parmi les exemples mentionnés dans la littérature médicale, je citerai les plus importants et j'y ajouterai quelques cas d'observation personnelle.

Arnold a guéri une jeune fille atteinte d'une toux longtemps persistante avec vomissements fréquents, en enlevant deux haricots dans les conduits auditifs. Toynbee et Politzer ont fait cesser une toux opiniâtre par l'extraction d'un os séquestre. Fabricius von Hilden a guéri une jeune fille atteinte d'épilepsie, de toux sèche, d'anesthésie de toute la moitié du corps et d'atrophie du bras gauche, par l'enlèvement d'un grain de verre, introduit depuis huit ans dans le conduit auditif. Gellé. Baratoux, Jackson, Suarez de Mendoza, Noquet de Lille, Boucheron et autres ont cité des cas d'épilepsie originant dans l'oreille et ayant guéri lorsqu'on traitait la maladie de l'oreille. Heydenreich a observé, dans un cas où des graines de soleil séjournaient depuis neuf ans dans le méat, une irritation des branches du trijumeau, se traduisant par des attaques mensuelles d'hémiparésie du côté opposé avec sensation simultanée de piqure et de chaleur dans l'oreille affectée, (Politzer).

Moos a guéri une hémiparésie causée par un insecte dans le conduit. Bertrand (1716), cité par Calmette, a guéri une jeune fille de quinze ans, qui, au cours d'une otite purulente, s'était endormie dans le champ et fut réveillée par des bourdonnements et des douleurs vives. Les troubles augmentèrent au point de déterminer des convulsions suivies de syncopes. La patiente eut le visage bouffi, les yeux éteints, les narines dilatées, les lèvres allongées, la bouche ouverte, il s'en échappait une salive écumeuse. Les mouvements convulsifs devinrent moins fréquents, la respiration laborieuse, la voix éteinte, le pouls concentré, faible et intermittent. Toute la partie latérale gauche de la tête était de couleur livide, gonflée et menacée d'une gangrène prochaine. Le Dr Bertrand fit l'extraction de cinq vers que la malade avait dans l'oreille, et le lendemain tous les symptômes avaient disparu.

L'otalgie tympanique est certainement une des manifestations réflexes des plus fréquentes parmi celles qui se manifestent dans l'oreille. Tout à coup, sans prodromes, un patient est subitement atteint de douleurs d'oreilles, plus ou moins vives, plus ou moins persistantes; fermentations chaudes, calmants sous toutes les formes, rien n'y apporte la guérison, tout au plus un soulagement passager. L'audition reste bonne, souvent même il n'y a aucune trace d'irritation sur le tympan, l'inspection de la bouche fait constater l'existence d'une ou de plusieurs dents cariées du côté de l'oreille atteinte. La dent cariée n'est pas toujours sensible, souvent même le patient ignore que ses dents sont défectueuses. Dans ces cas l'extraction dentaire guérit instantanément l'otalgie. C'est donc une affection purement nerveuse, de nature réflexe et ces douleurs réflexes peuvent s'irradier dans l'épaule, le bras et les doigts correspondants. Cette irritation réflexe de la troisième branche du trijumeau s'est alors répercutée dans les

plexus cervical et brachial. Cette otalgie n'est pas toujours continue, elle est quelque fois intermittente et revient aux mêmes heures de la journée.

Inversement, une maladie de l'oreille peut donner lieu à des douleurs dentaires sans carie. Nous avons observé une patiente atteinte d'otite moyenne catarrhale avec douleurs dentaires réflexes qui voulait à tout prix se faire extraire une dent non cariée. Le dentiste, ne voulant pas y consentir, parce que la dent était saine, eut l'idée que le trouble provenait probablement d'un empyème de sinus maxillaire et allait perforer le sinus lorsque la patiente se ravisant le pria de me téléphoner. Quelques explications suffirent pour fixer la nature des troubles et prévenir des opérations inutiles sur des organes parfaitement sains d'ailleurs. Deux ans auparavant, la même patiente avait eu une pareille attaque d'otite moyenne avec douleurs névralgiques intenses qui guérèrent par la myringotomie. L'opération répétée une seconde fois, dans les mêmes conditions, eut le même résultat satisfaisant pour la patiente.

Green rapporte un cas d'otalgie ayant coïncidé avec l'apparition d'une adénite cervicale et ayant disparu avec elle. Il est bien possible que dans ce cas une lésion du nez ou du pharynx ou même d'ailleurs ait pu causer et l'adénite et l'otalgie. Certaines maladies du pharynx, entre autres les ulcères des piliers du voile du palais, la pharyngite ulcéreuse, l'amygdalite, les lésions de la base de la langue déterminent parfois de violentes douleurs d'oreille, auxquelles succèdent souvent une inflammation de la caisse. Une ulcération de l'épiglotte entraîne presque constamment des douleurs du côté de l'oreille, otalgie réflexe provenant du pneumogastrique (Gerhart). Inversement, une lésion de l'oreille moyenne peut provoquer des phénomènes de douleurs dans la région du larynx et provoquer des efforts de toux.

Il m'a été donné d'en observer un cas remarquable chez un de mes enfants : Le 7 de janvier, dans le cours de la nuit, je fus réveillé en sursaut par une attaque de toux convulsive survenue chez ma petite fille, âgée de 3 ans. Elle s'était couchée la veille, gaie et joyeuse, en parfaite santé apparente. elle avait terminé quelques jours auparavant un coryza de peu d'intensité. La toux avait le caractère de celle de la coqueluche : succession rapide des efforts, allant jusqu'à l'étouffement et le vomissement, avec la seule différence, qu'au lieu de se terminer après une quinte, elle continua d'une façon non interrompue pendant près d'une heure et demie. Je ne savais que penser, cet état commençait même à m'inspirer quelque inquiétude, lorsque l'enfant tomba, épuisée de fatigue, la tête sur son oreiller et dormit paisiblement tout le reste de la nuit. Le lendemain, dans le cours de la journée, rien ne fit voir qu'il y eut coqueluche ou autre trouble des voies respiratoires, l'enfant, naturellement gaie, se portait à merveille. Seulement, le soir, vers huit heures, elle accusa un violent mal d'oreille, le tympan était rouge, il y avait là une véritable myringite, laissant à peine apercevoir l'emplacement du manche du marteau. J'appliquai de la chaleur sèche sur l'oreille, la nuit se passa telle quelle avec quelques accès de douleurs, un sommeil souvent interrompu, mais aucun accès de toux. Le lendemain, l'enfant n'accusa aucune douleur et tout rentra dans l'ordre.

En me raisonnant ce cas peu ordinaire, j'en arrivai à la conclusion suivante: le coryza du début, au moment de sa disparition dans le nez, avait envahi la caisse, et cet envahissement subit a déterminé la toux réflexe qui m'a inquiété, les douleurs d'oreille du lendemain ont été une expression plus énergique et plus franche de l'inflammation de la caisse.

A côté de ce cas, il en existe une foule d'autres, où des efforts de toux sèche, nerveuse, sans lésion ni des bronches, ni des poumons trouvent leur explication dans une irritation réflexe et leur traitement dans celui d'une maladie de l'oreille ou des voies respiratoires supérieures.

Les réflexes peuvent s'exercer à une distance encore plus éloignée. Il me vient à la mémoire, une patiente du service de gynécologie de l'Hôpital Notre-Dame, qui, après s'être fait enlever l'ovaire gauche par le Dr X., l'ovaire droit par le Dr Z., est venue échouer à l'Hôpital Notre-Dame en demandant à grands cris qu'on lui enlève l'utérus. J'ignore si on a jugé à propos d'acquiescer à sa demande, mais je me rappelle que cette patiente accusait en même temps des symptômes du côté des oreilles: audition défectueuse, sans lésion appréciable du tympan, mais surtout des phénomènes douloureux constants dans les oreilles, et cette fois encore la patiente avait foi en la vertu curative d'une opération. J'ai cru à l'existence de troubles réflexes, analogues à ce que produit la kopioïpie utérine décrite par Foerster. Cette kopioïpie est de nature hystérique. Les malades se plaignent de troubles oculaires qui ne sont que subjectifs. On examine soigneusement et l'on ne découvre rien. Les malades accusent des douleurs dans le front ou dans d'autres régions animées par le trijumeau. Ils éprouvent des sensations de chaleur, de brûlure à la surface de l'œil, des élancements dans l'orbite, l'œil est sensible à la lumière, surtout celle de la lampe. L'accommodation est paresseuse. Foerster attribue ces troubles à l'hypéresthésie réflexe du nerf optique et du trijumeau consécutivement à l'irritation du plexus nerveux péri-utérin. Cette irritation est provoquée par l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, (péri-métrite chronique, atrophique de Freund).

Je crois donc que cette kopioïpie utérine a son analogie dans l'oreille et trouve la même explication de son origine.

Les maladies de la caisse ont leur réaction immédiate, mais non constante sur le nerf facial, la corde du tympan et le plexus tympanique.

L'inflammation de la caisse, surtout l'otite purulente peuvent, en comprimant ou même en détruisant le nerf facial, produire sa paralysie totale ou partielle. De toutes les affections de la caisse, c'est l'otite purulente qui réunit le mieux les conditions d'hypérémie, de gonflement et d'exsudat propres à comprimer le nerf facial et nuire à son fonctionnement normal. Le canal de Fallope présente une ouverture au-dessus de la fenêtre ovale, dans sa partie horizontale, ouverture constante chez le nouveau-né et assez fréquente chez l'adulte. Cette disposition anatomique explique la facilité avec laquelle l'inflammation purulente peut atteindre le facial. Aussi il n'est pas rare d'observer une paralysie faciale au cours de l'otite suppurative et plus fréquemment d'observer une légère parésie s'accusant par une paresse de l'orbiculaire et un peu de larmoiment.

Le facial ayant des fonctions physiologiques à remplir dans la caisse, son altération détermine des troubles que je vais passer rapidement en revue.

L'audition est augmentée ou diminuée. La surdité résulte de la paralysie du muscle de l'étrier innervé par le facial. L'action prépondérante laissée au muscle du marteau produit un enfoncement de la base de l'étrier dans le vestibule et de la compression probable du labyrinthe. Au symptôme de surdité s'ajoute celui de bourdonnement. La paralysie faciale détermine aussi ce qu'on appelle l'hyperacousie de Willis, c'est-à-dire l'exagération de l'ouïe. Le mécanisme de ce phénomène paradoxal n'est pas bien déterminé, et pour cette raison, je ne m'arrêterai pas à faire l'exposé des différentes théories qui ont été apportées pour en expliquer le mécanisme. Le degré de paralysie faciale doit être établi avec soin, il faut surtout porter son attention sur le voile du palais ; la participation de cet organe à la paralysie indique, mais d'une façon non constante, qu'elle a porté sur le ganglion géniculé.

Les lésions de la corde du tympan ou du plexus tympanique produisent des symptômes qui proviennent des fonctions attribuées au facial, au trijumeau, au glosso-pharyngien et au sympathique. Comme les branches du trijumeau et du glosso-pharyngien renferment des filets tactiles et gustatifs, les maladies de la caisse peuvent déterminer des névroses du goût, du toucher ; et dans la zone du trijumeau, de la racine à la pointe de la langue ; et dans celle du glosso-pharyngien, du tiers-postérieur de la langue, du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx.

Lorsque, au cours des pansements appliqués dans le conduit pour traiter l'otite purulente avec perforation, on touche avec un stylet ou un médicament quelconque la corde du tympan, on détermine une sensation sur le bord de la langue, sensation variable, chatouillement, sensation de froid, sensations gustatives, salées, quelque fois douleurs à la pointe de la langue. La section de la corde du tympan détermine l'abolition ou la diminution de la perception gustative. L'irritation mécanique de la paroi de la caisse peut déterminer une sensation de grattement sur la paroi pharyngée postérieure. Une inflammation peut produire le même phénomène et causer la sensation d'un corps étranger dans le pharynx, et donner lieu à des efforts inutiles d'expulsion, à du raclage à blanc. Le pouvoir gustatif peut être diminué, être retardé ou abrégé dans sa durée. Lorsque le goût a été aboli au cours d'affection de l'oreille, il revient d'abord par les acides comme d'ailleurs dans l'anesthésie du goût chez les hystériques (Rosenthal).

L'anomalie du tact n'accompagne pas nécessairement l'anomalie du goût, l'un peut être perdu et l'autre conservé, leur association prouve que la lésion porte à la fois sur des filets gustatifs et des filets tactiles. La réaction des maladies de la caisse sur les glandes salivaires est évidente, il suffit de souffler dans le conduit auditif de la poudre d'acide borique pour produire une salivation abondante lorsque le tympan est perforé. Ce phénomène trouve son explication dans le fait que les nerfs des glandes salivaires contenues dans les branches du facial et du trijumeau proviennent en grande partie du facial ; la glande sous-maxillaire et la glande sublinguale reçoivent spécialement leurs fibres secré-

toires par la corde du tympan, la parotide, au contraire, par le petit nerf pétreux superficiel, auquel les filets du facial sont amenés par le rameau s'anastomosant avec le plexus tympanique.

Une irritation du plexus tympanique dans la caisse peut donc réagir par voie réflexe sur les glandes sous-maxillaires et parotide, et déterminer une sécrétion exagérée de ces glandes. Encore ici, il ne faut pas oublier cette action réflexe chez les sujets qui se plaignent d'avoir constamment de la salive à la bouche et qui attribuent ce symptôme à une maladie de la gorge, ou encore à du catarrhe nasal.

Outre les manifestations nerveuses réflexes s'exerçant dans le proche voisinage de l'oreille, il y en a d'autres qui portent sur les centres nerveux eux-mêmes, et qui se traduisent par des phénomènes alarmants.

J'ai observé des cas de folie survenus au cours de maladies de la caisse du tympan, d'otite purulente et de sclérose avec bruits subjectifs intenses et continuels dans l'oreille. Une patiente est venue me dire qu'elle entendait continuellement la voix de sa mère morte qui lui disait, nuit et jour, priez pour moi, priez pour moi. Une autre voulait à tout prix que je lui enlève une araignée qui s'était introduite dans son oreille, et qui lui grattait continuellement la *toile* du tympan, et qui évidemment menaçait le plafond. Ces psychoses réflexes et celles moins graves qui s'annoncent par un changement d'humeur, une modification de caractère, une paresse intellectuelle, avec perte de mémoire ont été étudiées avec soin par Kœppe et attribuées par lui à une irritation du trijumeau.

Je termine cette étude en rapportant l'observation de trois cas de phénomènes réflexes remarquables, causés par des lésions de l'oreille.

Il y a quelques années, une jeune fille vint me consulter à mon bureau pour une surdité datant de quelques jours. L'examen fit reconnaître des masses de cérumen. Je commençai les injections et j'avais même r uss    débarrasser complètement une oreille, lorsque tout à coup, en injectant l'autre, ma patiente fut prise d'une grande attaque hystérique, où rien ne manqua : attitudes passionnelles, arc de cercle et grands mouvements de bascule. Un peu abasourdi par cette complication imprévue, je demeurai spectateur passif de la scène, qui se renouvela et menaçait de se renouveler à l'infini, lorsque, me rappelant les expériences de Charcot à la Salp tri re, je pressai énergiquement les ovaires et ramenai la patiente à de meilleurs sentiments. J'ordonnai des instillations émollientes dans l'oreille, et recommandai à la patiente de revenir un autre jour. Cette fois, l'attaque d'hystérie ne se renouvela pas. Ce fait, quoique rare, n'est pas surprenant si l'on tient compte de la grande facilité avec laquelle on peut déterminer l'attaque hystérique, surtout chez certains sujets.

Le deuxième cas est celui de S. A., garçon  g  de onze ans, qui s'est présenté à l'hôpital Notre-Dame, au service des maladies nerveuses, en mai dernier, pour être traité d'une hémichorée du côté droit. D'après les renseignements fournis par le Dr CHAGNON, le trouble nerveux existe depuis à peu près trois mois et a paru dès le début, être en rapport avec une affection de l'oreille droite. Renvoyé dans mon service pour examen et traitement, j'ai constaté l'existence d'une otite

moyenne suppurative chronique de l'oreille droite. L'écoulement existe depuis trois mois, époque vers laquelle est apparu l'hémichorée, mais le patient éprouve des douleurs dans cette oreille depuis près de six mois. Après quelques semaines de traitement, (glycérine phéniquée, pansement sec à l'acide borique, etc.), l'écoulement a cessé, mais les troubles nerveux persistaient encore lorsque le patient a quitté mon service. Ce n'est que plus tard, à peu près un mois après la guérison de l'oreille, que l'hémichorée s'est atténuée; aujourd'hui, la guérison est à peu près complète.

Un troisième cas de trouble nerveux réflexe, provenant de l'oreille, a été observé dans le cours de l'été dernier. Mello R., 23 ans, fileuse à la manufacture de coton de Cornwall, est venue me consulter, le 11 août 1896, à la demande d'un confrère de la ville. Elle raconte que le 15 septembre 1895, en voulant se baisser pour ramasser un objet par terre, elle perdit connaissance, et resta ainsi, dans cet état, pendant plusieurs heures. A son réveil, elle éprouva une violente céphalalgie et fut prise de vomissements, qui tendaient à se renouveler chaque fois qu'elle tentait de lever la tête. Pendant les quelques jours qui suivirent l'accident, cet état persista dans toute son intensité, et elle perdit connaissance, chaque jour pendant quelques minutes, pendant trois jours de suite.

La céphalalgie continua à dater du moment de l'accident, la patiente, suivie de près, n'éprouva aucun soulagement des différents traitements qui lui furent administrés, elle perdit connaissance à maintes reprises, fut administrée et veillée plusieurs nuits, on s'attendait à sa mort d'un moment à l'autre. La maladie durait déjà depuis près d'un an, avec toute l'intensité du début, les améliorations passagères ne permettaient pas à la patiente de reprendre le cours de ses occupations. Bref, les médecins en charge du cas ne savaient qu'en penser, lorsqu'elle fut dirigée à Montréal, chez un confrère et de là, chez moi. Elle se rendit au bureau avec difficulté, éprouvant des vertiges qui rendaient sa démarche chancelante, la lumière lui faisait mal aux yeux, et toute commotion la rendait faible et prête à perdre connaissance.

L'examen des yeux révéla un astigmatisme de $\frac{1}{2}$ dioptrie contre la règle. Rien d'anormal dans le fond de l'œil. Fonctionnement musculaire normal. Champ visuel et perception des couleurs intacts. Rien à noter du côté du nez et du pharynx nasal. Dans l'oreille gauche, bouchon de cérumen, profondément enfoncé, et faisant corps en quelque sorte avec le tympan. Le cérumen est enlevé, et, à la grande surprise de la patiente, elle éprouve immédiatement un soulagement, sa tête est allégée, ses étourdissements sont disparus. Tout bruit lui résonnait péniblement dans la tête, maintenant tout est clair. Pour la première fois, elle constate qu'elle n'entendait pas aussi bien de l'oreille gauche que de l'oreille droite. Questionnée sur l'existence de cette surdité, elle raconte que le bruit dans sa tête était tel qu'elle pensait que son cerveau était malade et ne se rendait pas compte de l'état de son oreille. Revue quelques jours plus tard, l'amélioration est encore plus manifeste. Des verres cylindriques sont prescrits pour être portés continuellement. Revue quelques mois plus tard, la patiente se considère comme guérie, quoique plus sujette qu'avant l'accident à de légères attaques de céphalalgie.

Ce cas me remet en mémoire un autre analogue, observé et décrit par Troësch, il offre avec le nôtre de nombreux traits de ressemblance.

“Un homme d'un certain âge sort la nuit du cabaret, où il venait de montrer dans la conversation sa vivacité habituelle; en route, il se heurte contre le timon d'une voiture maladroitement placée; la force du choc le renverse à terre: il tombe la tête sur le pavé. Il croit être resté un quart d'heure environ privé de sentiments; il ne sait pas au juste s'il doit mettre sa perte de connaissance sur le compte de sa chute, ou sur celui des nombreuses libations auxquelles il s'était livré; mais il déclare qu'avant son accident il avait déjà la vue un peu troublée. Rentré chez lui tout seul, il passe une très bonne nuit; mais il s'aperçoit le lendemain, en même temps que son entourage, qu'il était devenu complètement sourd. Le médecin, appelé auprès du malade, croit pouvoir attribuer cette surdité subite à la chute de la veille. Il appelle l'attention de la famille sur la gravité du cas, en disant qu'il s'agissait au moins d'une commotion cérébrale, peut-être même d'une hémorrhagie du cerveau. Le patient, qui d'ailleurs se porte bien, est mis à la diète: on le ventouse, on le purge et, quelques jours plus tard, on lui applique un séton; la surdité reste la même; mais ses forces physiques et son intelligence baissent de jour en jour. Au bout de quelques mois, on me l'amène. Après avoir écouté l'histoire de sa maladie, j'examine les oreilles, et je trouve les deux conduits auditifs bouchés de cérumen que je fais ramollir et que j'enlève à force d'injection. Immédiatement, le malade recouvrant parfaitement l'ouïe se trouve non-seulement guéri de sa surdité, mais aussi de la mélancolie qui l'avait envahi depuis sa prétendue commotion cérébrale.” (Troësch; leçons cliniques).

En résumé, l'oreille est un centre où s'exercent les réflexes les plus variés, et il faut avoir ce fait présent à la mémoire lorsqu'on est appelé à traiter des troubles nerveux de quelqu'importance. C'est le meilleur moyen d'arriver à un diagnostic précis, d'apporter un remède causal efficace, d'empêcher des traitements intempestifs, inutiles ou funestes. De plus, dans certains cas, dans l'épilepsie par exemple, celle qui est due à une maladie de l'oreille bien entendu, un examen et un traitement de l'oreille peuvent empêcher à temps l'habitude épileptique d'être créée, plus tard l'habitude épileptique devient incurable, alors même que la cause est enlevée. On sait en effet, d'après les expériences de Brown-Sequard, que l'habitude épileptique se crée, que l'appareil épileptogène contracte l'habitude d'être excité facilement, devient de plus en plus excitable, et peut être mis en jeu ultérieurement par les moindres causes psychomotrices, toute autre que la cause première.

Empoisonnement arsénical par la voie vaginale.—Dans le *Wien klin Woch*, M. HABERDA rapporte un cas d'empoisonnement arsénical par une voie peu employée dans notre pays. Il s'agit d'une jeune fille qui s'était introduit de l'arsenic dans le vagin. La partie supérieure du vagin, où se trouvait la boulette de poison, était remplie d'un exsudat fibrineux. Les lésions produites par l'intoxication étaient les suivantes: léger ictère, hémorragies, dégénérescence graisseuse du cœur, du foie et des reins, lésions stomacales et intestinales.

DES INJECTIONS SALINES DANS LE TRAITEMENT DE LA
PNEUMONIE, SPÉCIALEMENT CHEZ LES VIEILLARDS ⁽¹⁾

Par J. A. LESAGE,

Docteur en Médecine de la Faculté de Paris.

Le hasard de la clientèle nous ayant servi à souhait, nous avons cru intéressant, au point de vue thérapeutique, de publier l'observation suivante. C'est celle d'une malade âgée qui fut atteinte d'une pneumonie droite localisée surtout au sommet, que nous avons traitée par les injections sous-cutanées massives d'eau saline et que nous avons suivie avec beaucoup d'attention.

Le 16 mars dernier, nous étions appelé auprès de Madame C..., veuve, 66 ans, se plaignant, depuis deux ou trois jours, d'une faiblesse inaccoutumée et de malaises passagers qu'elle localisait dans la région du cœur.

Nous la trouvons au lit, la face pâle, le regard atone, la respiration fréquente et pénible, le pouls rapide, dépressible.

Température axillaire, 101.1°.

À l'examen, nous constatons, du côté du poumon, sommet droit, une légère matité avec augmentation des vibrations locales; la respiration est soufflante avec quelques bouffées de râles sous crépitants, surtout au sommet de l'aisselle, disparaissant dès qu'on se rapproche de la base pour être remplacés par des râles de bronchite ordinaires chez la malade.

L'appétit est nul, la constipation légère avec ballonnement du ventre.

Le cœur présente des signes non douteux de sclérose, maladie fréquente à cet âge, avec intermittences à toutes les 12 à 15 pulsations à peu près.

Dans la soirée, l'état s'aggrave, la face est très pâle, la respiration pénible, l'expiration se terminant par un gémissement plaintif. Mêmes signes plus accentués du côté du poumon avec râles d'œdème aux deux bases, en particulier à la base droite.

Pouls : 115.

Température : 102½°.

Point de côté : nul.

Urines : traces d'albumine.

En face de ces signes cliniques non équivoques, le diagnostic de pneumonie du sommet s'imposait. Mais un point restait à élucider, à savoir : la nature de cette pneumonie. Car l'on comprendra facilement que le pronostic comme le traitement différaient en tout point suivant que nous avions affaire à une pneumococcie pure ou bien à une pneumonie tuberculeuse, comme cela arrive fréquemment dans les pneumonies du sommet. La ponction exploratrice au moyen de la seringue de Pravaz devait lever tous les doutes, en nous permettant d'ex-

(1) Communication faite à la Société des Internes, séance du 30 juin 1897.

traire 1 c.c. d'un liquide plus ou moins louche que nous injectons dans la racine de la queue d'une souris d'une part, tandis que d'autre part nous ensemencions un tube de bouillon.

Après 24 heures, l'animal était mort et un frottis de rate séchée à la flamme et colorée par le bleu de Kubne et le violet au $\frac{1}{2}$ nous laissait voir le pneumocoque type entouré de sa capsule transparente.

Même résultat dans le tube de bouillon porté à l'étuve à 35° durant 24 hrs.

Dans l'intervalle, nous avons institué le traitement classique, anodin : Ipéca 1 gr. 50 en trois paquets à 5 minutes d'intervalle, ventouses sèches, lait. Potion à l'acétate d'ammoniaque, 10 grains à prendre dans les 24 heures. Injection sous-cutanée d'huile camphrée au $\frac{1}{10}$; trois c.c. Lavement évacuateur.

Le lendemain, 17 mars, l'affaissement est plus grand que la veille. Les phénomènes de congestion s'accroissent et indiquent une hépatisation nette, l'œdème est plus considérable.

Température à 101 $\frac{1}{2}$ °, matin.

Pouls fréquent, 100, avec intermittences.

Le soir, 5 heures, température 103° ; pouls 120 ; même traitement.

Le 18 mars, même état. Le soir, 5 heures, l'état général s'aggrave. La malade est dans le décubitus dorsal, les paupières closes ; le corps en résolution.

Pouls 125, intermittent.

Température 103 $\frac{1}{2}$ °.

Respiration : 42 à la minute. Inspiration saccadée, expiration gémissante.

Les urines sont rares, fortement colorées, albumineuses.

A huit heures du soir, le même jour, on nous fait appeler en toute hâte, appréhendant une fin proche et fatale. La malade était moribonde : inspiration superficielle 45 m. Inconscience presque absolue.

C'est alors que nous décidons d'intervenir au moyen des injections massives du sérum artificiel suivant la formule de Hayem 771,000.

Une première injection de 600 grammes est faite dans le flanc gauche au moyen de la seringue de Roux.

A ce moment la température était à 103° $\frac{1}{2}$, le pouls 125, intermittent.

Pendant cette injection, dont la durée a été de 30 minutes à peu près, on voit la malade revenir peu à peu. Le pouls se régularise et se sent plus facilement. La malade ouvre les paupières, le regard s'anime et le refroidissement général diminue.

Après l'injection, la malade exprime un sentiment de mieux. La respiration, quoique très gênée encore, est cependant plus facile.

Le cœur fréquent est devenu régulier.

A 11 heures du soir, deux heures après le début de l'injection, la température est à 104°. Pouls, 150.

La face est cyanosée ; la respiration est fréquente ; excitation générale avec affaissement.

A minuit : sudation abondante. La pâleur succède à la cyanose.

Température 102 $\frac{1}{2}$ °, aisselle.

Pouls 140, régulier.

Respiration : 35.

Toux pénible; expectoration nulle.

Somme toute, malgré certains symptômes inquiétants en apparence, l'état général s'est amélioré, et l'orage qui a précédé et suivi l'injection s'est calmé.

Le lendemain, 19, on nous dit que la malade a pu reposer une partie de la nuit. Le matin, l'amélioration se continue, l'aspect général est assez bon.

Pouls 120, régulier.

Température axillaire 99°.

Respiration, 40 m.

Rien de spécial au poumon, si ce n'est que l'œdème est considérable.

A 5 heures p. m., l'affaissement fait des progrès, si bien que nous jugeons l'état de la malade aussi grave que la veille.

Le teint est livide, le refroidissement se généralise.

Respiration 45, pénible.

Pouls 140, de nouveau intermittent.

Température 102½°.

Poumon, sommet droit. percussion : matité franche diminuant en allant vers la base.

Auscultation : râles humides nombreux, surtout au sommet de l'aisselle, avec râles d'œdème à la base.

Sommet gauche : Sonorité exagérée avec respiration forte indiquant des signes de suppléance. La base est œdématiée.

Nous pratiquons une nouvelle injection de 600 c.c. à une température de 37 à 39° à peu près.

La même crise se répète à peu près dans le même temps, à tel point qu'il nous serait possible de superposer les tracés que nous en avons pris.

Le 20. matin. nous sommes étonné de l'aspect de notre malade; il semble que l'affaissement persiste et notre inquiétude est grande. La respiration est plus difficile, le tirage est plus marqué.

Pouls 160, dépressible, intermittent.

Nouvelle injection de 600 grammes dans les mêmes conditions et au même endroit, au flanc gauche. Un mieux passager se produit vers 11 heures a. m., pour disparaître vers 5 heures p. m., heure à laquelle nous pratiquons une nouvelle injection de 1000 grammes, soit 500 grammes dans chaque flanc.

La réaction ne se fit pas attendre. A 8 heures, soit 1 heure 30 après le début de l'injection, la malade est prise d'un frisson intense qui se termine par une sudation exagérée, avec émission d'urine considérable et débâcle intestinale au milieu de la nuit.

A minuit, le même jour, la température était déjà tombée, de 103° qu'elle était, à 5 heures p. m., à 100°.

Le pouls, fréquent, était régulier.

Le 21 mars, matin : la malade accuse un bien-être sensible. Elle nous dit que les malaises qu'elle ressentait, à certains moments, se sont espacés.

Température axillaire 99°.

Pouls 100, régulier.

La matité du cœur droit est moins étendue, les intermittences ont cessé : il nous est donc permis de croire que l'obstacle à vaincre, du côté du poumon, est moins grand.

D'autre part, la respiration est moins pénible quoique fréquente encore. L'auscultation nous révèle la présence de gros râles humides, bulleux. Le souffle s'éteint graduellement.

Les deux bases sont le siège de râles de congestion nombreux.

A partir de ce jour, soit le 6e jour, le mieux a persisté ; et, à part quelques malaises passagers qu'il faut attribuer au surmenage d'un cœur déjà touché par la sclérose, plus ou moins généralisée à cet âge, il est permis de croire que la guérison sera définitive. Et, de fait, la suite nous donna raison.

Pour être complet, nous ajouterons que, dès le 3e jour de la maladie, nous avons injecté dans le flanc droit 20 c.c. de sérum de Chéron suivant la formule :

Sulfate de soude.....	8 grammes
Phosphate de soude.....	4 —
Chlorure de sodium.....	2 —
Acide phénique neigeux.....	1 —
Eau.....	100 —

Au moment de l'injection, la malade se plaignit d'une sensation de brûlure vive. Dans les jours suivants, nous notions une anesthésie marquée au même endroit avec rougeur, gonflement et élévation de la température locale.

Plus tard, la peau se delimita d'elle-même et il y eut élimination d'une eschare considérable avec suppuration locale qui ne fut pas sans nous causer quelq'inquiétude. La plaie se cicatrissa peu à peu dans la suite, et aujourd'hui elle est guérie parfaitement.

Devons-nous attribuer ce contre-temps à la présence d'acide phénique neigeux qui agirait comme caustique à ce taux trop élevé ? devons-nous plutôt penser à une erreur dans la façon dont l'ordonnance fut remplie chez le pharmacien ?... nous ne pouvons rien affirmer. En tout cas, nous croyons devoir attirer l'attention des praticiens sur ce fait pour qu'ils soient en garde, le cas échéant. Nous affirmons que tous les soins antiseptiques requis dans ce cas ont été employés pour nous mettre à l'abri de tout reproche si toutefois l'idée d'une infection par l'aiguille se présentait à l'esprit d'un chacun.

Nous avons, sans le vouloir, réalisé les expériences de Fochier le premier et de Dieulafoy ensuite qui, dans l'espoir d'une guérison plus prompte, injectaient une quantité donnée d'ammoniaque dans la cuisse des pneumoniques, à l'effet de provoquer des abcès à distance servant pour ainsi dire de débouchés à l'abcès central. Nous ne savons quel crédit donner à cet abcès par aventure, en tout cas, nous n'avons nullement l'intention de tenter l'expérience une seconde fois. La méthode, préconisée certain jour, est déjà vieillie et n'est plus guère conseillée aujourd'hui, même par ceux qui en furent les défenseurs convaincus.

Tel est le fait clinique dans toute sa rigueur. Il présente un certain intérêt au point de vue thérapeutique, étant donné le caractère de malignité de cette affection chez les personnes âgées.

Car il est de règle de dire que la pneumonie, spécialement la pneumonie du sommet, est la fin *naturelle* des vieillards. Peter l'affirmait, il a justifié son dire par sa propre mort.

Il ressort de cette observation. et nous pourrions en citer plusieurs autres empruntées aux publications récentes sur ce sujet, que les injections sous-cutanées massives d'eau saline ont contribué à la guérison de la maladie pour une large part.

Au moment où nous décidions d'intervenir, nous considérions notre malade en danger imminent, et nous nous adressions à ce traitement en désespoir de cause, car il semblait que le mal eut voulu nous prendre par surprise.

La température oscillait entre 102.5° à 103.5° et 104°. Le pouls était à 120, 130, 140 avec intermittences fréquentes; état syncopal de la malade.

Que se passe-t-il au moment où nous pratiquons notre 1ère injection?—De livide qu'elle était, la physionomie de la malade s'anime peu à peu. L'immobilité du masque disparaît, les paupières s'ouvrent, le regard s'anime, le refroidissement des extrémités diminue. Si bien, que nous assistons à un réveil général de l'organisme battu en brèche par le germe destructeur.

A peine avons-nous terminé que la malade accuse déjà un mieux. Le même état se continue durant une heure à deux. A ce moment, on dirait qu'il y a lutte. Tour à tour on voit se succéder de la cyanose, des frissons, une accélération du pouls et de la respiration, le tout accompagné d'un état d'inquiétude apparente chez la malade. C'est le début de la phase critique, stade de froid, suivi d'un stade de chaleur aussi intense et de plus longue durée.

La température s'élève de $\frac{1}{2}$ à 1 degré, quelquefois davantage. Puis, l'orage se calme à tel point que cinq et six heures, quelquefois moins, après le début de l'injection, la température atteint le chiffre normal soit 98.25° — 99° pour y demeurer si la guérison est proche, ou au contraire remonter à un degré plus élevé quelques heures après cette chute, si le mal persiste.

Mêmes caractères du côté du pouls. De 125, il monte à 140, 150, (il a quelquefois atteint le chiffre de 180 à la minute) pour revenir à une allure moins rapide. On dirait que la température lui sert de guide; et chose importante, *il se régularise.*

Il est important d'être prévenu sur le pis aller qui suit chaque injection, car les plus convaincus, au point de vue théorique, de l'efficacité de ce traitement pourraient en être effrayés.

Donc, il est incontestable que ces injections ont un effet marqué sur la température puisque, dans notre cas, elle s'est maintenue à 99° toute la nuit qui a suivi la première injection, alors qu'il n'était pas permis de penser à une défervescence critique au 3e jour la malade étant dans un état presque agonique.

Non moins incontestables aussi leurs effets sur le pouls qu'elles *régularisent.*

Il nous est donc permis de conclure à l'efficacité générale des injections salines dans la pneumonie chez les vieillards.

Et maintenant, quel est le moment favorable pour agir?... Tous les auteurs

qui se sont occupés de la question s'accordent sur ce point, à savoir : le plus tôt possible après que la maladie est déclarée. Attendre au dernier moment serait risquer les chances et inspirer des doutes sur une thérapeutique qui, comme beaucoup d'autres, ne vaut qu'en autant qu'elle est appliquée en temps opportun. En effet, ce serait se leurrer d'un vain espoir que de vouloir arrêter un mal arrivé à la dernière période et sur un terrain absolument désorganisé. Cependant, on a cité des cas où on a pu prolonger de la sorte, durant 4 à 5 jours des moribonds dont on attendait la mort d'une minute à l'autre.

Y a-t-il des contre-indications ?—Personne n'en a signalées jusqu'à ce jour, si ce n'est que le rein doit être suffisamment perméable; ce dont on peut se rendre compte aujourd'hui avec le bleu de méthylène.

Les injections intra-veineuses ont-elles quelque supériorité sur les injections sous-cutanées dans ces cas ?—Nous ne le croyons pas, si nous en jugeons par la comparaison que nous avons faite des observations publiées sur ce sujet.

Les premières ont l'avantage apparent d'agir plus vite en jetant dans les vaisseaux, directement, une grande quantité de liquide. Elles peuvent être utilisées dans les cas de grandes hémorrhagies, post-partum ou autres, anémie pernicieuse, infection puerpérale, pyohémie, cas dans lesquels il est indiqué de relever promptement une tension artérielle qui est nulle ou à peu près et un cœur qui est menacé de syncope, ou bien de diluer abondamment des poisons qui imprègnent l'organisme épuisé par une saignée préventive. Mais elles ne sont pas sans quelque danger pour des mains inexpérimentées, et il n'est pas facile de les généraliser à tous les cas. Un corps étranger, quelques bulles d'air pénétrant par mégarde dans un vaisseau peuvent entraîner des accidents fatals.

De plus, il faut que le liquide soit à une température égale, que la pression soit uniforme, de façon à ce qu'il ne pénètre qu'une certaine quantité de liquide, dans un temps donné, tous détails importants qui demandent une attention particulière et une grande habitude de la chose. Nous avons étudié l'application de cette méthode alors que nous suivions l'enseignement du professeur Pinard, à la clinique Beaudelocque, et nous sommes convaincu qu'il n'est pas facile de généraliser la méthode, surtout dans les campagnes. Il faut la réserver pour les cas particuliers.

Les injections sous-cutanées, au contraire, ne demandent aucun préparatif spécial et agissent presque aussi vite. N'importe quel médecin est à même de faire une solution de 7 grammes de sel de cuisine dans 1000 grammes d'eau qui bout. Pour l'injecter, il suffit d'avoir à la main un sac en caoutchouc, le vulgaire sac dont on se sert pour les injections vaginales ou autres, qu'on tient assez haut pour que le liquide pénètre bien, d'y ajuster un trocart qu'on fait pénétrer sous la peau, dans le tissu cellulaire, après l'avoir savonné et nettoyé à l'éther avec un tampon d'ouate hydrophile.

Dans le cas présent, nous avons fait une solution de chlorure de sodium à 7/1000 stérilisée à l'autoclave durant un quart d'heure à 115°. Les deux ou trois mille grammes étaient répartis dans des ballons pouvant contenir 300 grammes chacun stérilisés de nouveau après les avoir fermés avec du coton hydrophile puis conservés dans un endroit sec.

Au moment de pratiquer l'injection, nous submergions les ballons dans de l'eau très chaude et, lorsque le liquide avait atteint la température de 35° à 37°, nous l'injections sous la peau au moyen de la seringue de Roux munie d'une aiguille en platine iridiée rougie à la flamme d'une lampe à alcool. Il est important de faire pénétrer l'aiguille d'abord seule, pour s'assurer que nous n'avons pas pénétré dans un vaisseau.

L'injection terminée, nous appliquons, durant quelques instants, à l'er. lroit de la piqûre un tampon de coton hydrophile imbibé d'une solution boriquée saturée. Nous malaxons la partie durant quelques minutes pour hâter l'absorption du liquide, puis nous exerçons une compression légère au moyen d'une bande en coton.

Nous n'avons jamais observé ni rougeur, ni même de douleur à l'endroit des piqûres nombreuses que nous avons faites, en suivant ce procédé.

Nous n'avons pu aborder la question de savoir quel est le mode intime d'action de ces solutions physiologiques dans l'organisme, pour la raison majeure qu'il n'y a rien de précis.

Tous les auteurs qui se sont livrés à des expériences sur ce sujet : Dastre, Hayem, Bosc, Roger, Tuffier et plusieurs autres, ont émis tour à tour des hypothèses séduisantes qui n'ont pas encore porté la conviction. Il est donc de notre devoir de se tenir dans une juste réserve jusqu'à nouvel ordre.

Tel est l'exposé de notre observation que nous avons résumée aussi succinctement que possible pour la clarté du sujet.

Nous avons appliqué cette méthode nouvelle de traitement des maladies infectieuses sous la poussée de l'enseignement de nos maîtres d'outre-mer.

Ce que nous avons dit de la pneumonie, un autre pourra peut-être le dire de la fièvre typhoïde, du choléra du pays, de la diarrhée infantile, etc.

Nous espérons, toutefois, que ceux qui furent nos premiers maîtres ici, et dont nous respectons les idées, voudront bien nous encourager dans l'application qu'ils pourront en faire à l'hôpital ou ailleurs, et dans la publication détaillée d'observations minutieuses qui devront servir à guider les autres dans un avenir rapproché.

Toute méthode nouvelle a besoin de documents et de témoignages nombreux pour porter la conviction dans les esprits, et lorsque l'autorité du maître vient s'ajouter aux efforts de l'élève, il est permis d'escompter plus d'un succès dont tout le bénéfice est en faveur du malade, contre la maladie.



Le jus de citron, dans le pansement des plaies de mauvais nature.—On sait combien les efforts du chirurgien restent souvent impuissants contre certaines plaies torpides et infectées, qui semblent défier toute médication, tout pansement.

Dans ces cas, M. MULLER, de Berlin, a obtenu des succès avec le jus de citron. Il touche les plaies deux fois par jour avec du jus de citron pur et fait appliquer dans les intervalles des compresses imbibées d'eau additionnée de 5 % de jus de citron. Ce traitement si simple favoriserait d'une manière remarquable la détersion, le bourgeonnement et la cicatrisation de la plaie.

DÉCROISSANCE RAPIDE D'UNE TUMEUR FIBREUSE DE LA MATRICE À LA SUITE DU TRAITEMENT PAR L'ÉLECTRICITÉ.

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

Membre de la Société Gynécologique Américaine, Gynécologiste au Montreal Dispensary et aux Hôpitaux Samaritan et Western. Professeur de Clinique Gynécologique à l'Université Bishop, Montréal, Canada.

Quoique j'aie amplement raison de croire en la valeur de la méthode d'Apostoli dans le traitement de l'endométrite et des tumeurs fibreuses de la matrice, en ayant guéri tous les symptômes dans environ soixante cas par ce moyen, cependant, j'ai presque abandonné ce mode de traitement, cessé de rapporter et même de parler des quelques cas pour lesquels j'ai continué d'en faire usage, simplement parce que de nos jours, l'esprit chirurgical domine nos assemblées médicales et un seul cas guéri par une courte et brillante opération est plus apprécié que soixante cas guéris par l'ennuyeux et fatigant traitement par l'électricité, quoique celui-ci soit le plus sûr. D'autres, sans doute, qui s'en servent, doivent aussi éprouver les mêmes sentiments à cause de cet esprit; de là cette question qui vous est posée par les médecins :

Qu'avez-vous donc fait de la méthode d'Apostoli, nous n'en entendons plus parler; est-elle enterrée ?

Je crois que beaucoup l'employent encore avec succès; mais ne tiennent pas à le publier. Aussi, comme encouragement pour ceux-ci, je vais relater le fait suivant.

Madame X, âgée de 32 ans, mariée, venant de Phoenix, Arizona, me fut envoyée par son médecin le Dr Philp, de Los Angeles, Californie.

Depuis plusieurs années, ses règles devenaient de plus en plus abondantes, tellement qu'en dernier lieu, elles durèrent jusqu'à 16 jours. Elle perdait par gros caillots, et depuis deux ans, elle prenait beaucoup d'embonpoint. On la traita pendant longtemps par l'ergot, ce qui eut pour effet de réduire la durée de ses règles à 6 jours et même à 4 jours. Malgré cela, cependant, sa santé en souffrait, elle affaiblissait et devenait de plus en plus anémique. Plusieurs médecins l'examinèrent et tous déclarèrent que c'était un cas de "tumeur fibreuse" de l'utérus. Leurs noms me furent donnés par le mari et, comme ce sont tous des médecins éminents, je ne ferai que confirmer le diagnostic en mentionnant ici ces noms.

Ce sont MM. les docteurs H. N. Hughes, de Phoenix, Arizona; D. M. Pur-

neau, de Phoenix, Arizona; W. S. Philp, de Los Angeles, Californie; et N. Hayes, de Seneca, Kansas.

Quelques-uns lui conseillèrent l'ablation de l'utérus avec la tumeur par l'hystérectomie abdominale. Comme il lui répugnait de consentir à une aussi grave opération, elle remit de jour en jour sa décision et fit un voyage aux côtes du Pacifique, pour sa santé; là elle se mit sous les soins du Dr Philp, de Los Angeles, qui, le premier, lui donna l'espoir de sa guérison tout en conservant ses ovaires et en évitant la terrible opération. Il la persuada donc de venir me voir et, en conséquence, le 26 août 1896, elle se présentait chez moi. A l'examen, je découvris une tumeur solide semblable à une tête de fœtus, dans la paroi antérieure de la matrice, du côté gauche. Cette tumeur avec la matrice formait une masse de beaucoup plus grosse qu'une tête de fœtus; car, sa grosseur ne lui permettait pas de s'engager dans le bassin et elle reposait au niveau du détroit supérieur, comme dans un cas de grossesse rendu à 6 mois, et s'élevait au-dessus de l'ombilic. Au commencement il était impossible d'introduire la sonde dans la matrice; ce ne fut qu'après des tentatives répétées de jour en jour que je parvins à la passer, l'obstruction se trouvant apparemment à l'orifice interne et peut-être un peu plus haut.

Après avoir ainsi perdu une semaine dans d'inutiles tentatives je fus en quelque sorte p. de découragement; ce découragement augmenta encore, quand, après beaucoup de travail, ayant réussi à introduire la sonde à une profondeur de trois pouces, je découvris que ma patiente ne pouvait pas même endurer un courant de trente milli-ampères. J'envoyai alors un télégramme à son mari pour lui demander la permission d'opérer la malade; j'obtins son consentement et essayai ensuite d'avoir celui de la patiente.

Je lui déclarai que le traitement par l'électricité durerait trois mois et que même après ce temps, je ne pouvais pas lui assurer que la tumeur serait de beaucoup diminuée et que même si je parvenais à la réduire avant son départ, il m'était impossible de lui garantir qu'elle resterait guérie; vu qu'elle était venue de si loin, il valait mieux prendre un moyen plus expéditif et plus certain quant aux résultats, à savoir: d'enlever les ovaires et faire la ligature des artères tout près de la matrice.

Certes, j'ai fait tout en mon pouvoir pour la persuader de se laisser opérer. De son côté, elle soutenait qu'elle avait une foi absolue en l'électricité; que, si elle pouvait seulement l'endurer, elle en obtiendrait sa guérison; qu'en s'y accoutumant petit à petit, elle parviendrait certainement à l'endurer; de plus, elle soutenait, dis-je, qu'elle avait fait ce long trajet spécialement dans le but d'être traitée à l'électricité et quant à être opérée autrement, elle aurait pu l'être chez elle; en sus, elle appréhendait tellement les misères qu'entraîne une ménopause artificielle chez une jeune femme qu'elle ne voulût pas subir d'opération avant d'avoir essayé la méthode d'Apostoli pendant deux mois au moins. Si après ces deux mois de traitement elle n'éprouvait pas de soulagement, elle consentirait à l'opération, pourvu que le danger fût à peu près nul. Elle prit le lit, on lui administra des douches chaudes suivies d'applications de tampons. Enfin, saisissant la lèvre antérieure du col au moyen d'une pince tire-balles, je l'abaisse

au niveau de la vulve et parvins à faire pénétrer la sonde à une profondeur de 5 pouces en la dirigeant en haut, en avant et un peu à gauche.

Après chaque application du courant il y avait un peu d'inflammation. Après la première, il y eut surtout écoulement d'un liquide jaunâtre, lequel disparaît presque aussitôt.

Du 29 août au 27 septembre, elle reçut dix applications intra-utérines du courant galvanique "positif" en commençant par 50 milli-ampères et en augmentant graduellement à chaque séance, jusqu'à la dose de 150 milliampères.

Pour les cinq premières applications, il a fallu abaisser le col au niveau de la vulve au moyen de la pince tire-balles, afin de pouvoir introduire la sonde de *platine*. Mais après cela ce ne fut plus nécessaire; car la sonde pénétrait très facilement, vu la diminution de la tumeur. La tumeur qui avant cela atteignait l'ombilic, n'allait plus maintenant qu'à mi-chemin entre ce point et l'os pubien; ce que l'on pouvait facilement constater par le palper à travers les parois de l'abdomen. Nous constatons en même temps un mieux très sensible dans l'état de la santé de la malade; elle ne s'était jamais sentie aussi bien depuis des années, son appétit se réveilla, ses intestins devinrent réguliers; elle pouvait marcher un mille sans éprouver de fatigue, tandis qu'avant le traitement, elle pouvait à peine marcher un arpent sans s'arrêter pour se reposer. De plus, cette douleur intense qu'elle éprouvait au côté gauche s'était évanouie graduellement. Aux cinq premières séances, le passage de la sonde causa une légère hémorrhagie, par contre aux cinq séances suivantes il n'y eut plus une goutte de sang.

L'antisepsie la plus absolue fut observée pendant tout le traitement, les mains et les instruments furent stérilisés, chaque séance était précédée d'une douche d'eau chaude et d'un tampon au bichlorure.

Du 27 septembre au 29 octobre, l'on administra à la patiente seize applications du courant galvanique à la dose de 150 milliampères par chaque séance et ces séances duraient de cinq à dix minutes. Vers cette époque la matrice disparaissait au niveau du pubis et la malade pouvait faire des marches de deux à trois milles sans fatigue, son teint s'anima, ses joues et ses lèvres se colorèrent. Le traitement fut continué même pendant ses règles, contrairement à mon habitude. La patiente, voyez-vous, se mourait du désir de rentrer dans son pays. Les séances même furent répétées tous les deux jours au lieu de deux fois la semaine.

Les premières menstrues qui eurent lieu après le commencement du traitement durèrent quatre jours et les secondes à peine trois jours.

Quoique ce fut son intention de séjourner chez moi l'espace de trois mois, cependant, après deux mois de ce traitement elle se sentit si bien qu'elle écrivit à son mari que sa guérison était complète et quelque temps après elle réussissait à obtenir de moi que je la laisse partir.

J'ai reçu depuis, des nouvelles très satisfaisantes, non-seulement de sa part et de celle de son mari, mais aussi de l'un des médecins qui a eu occasion de l'examiner dernièrement.

Si elle était demeurée un mois de plus pour recevoir dix ou quinze autres applications du courant galvanique, je crois sincèrement que j'aurais eu à

rapporter un cas de guérison complète d'une tumeur fibreuse au moyen de l'électricité.

Quoiqu'il ensoit, je puis dire, pour être conforme à la vérité, que cette tumeur, qui était au niveau de l'ombilic, diminua graduellement, jusqu'à ce qu'elle disparut au niveau du pubis; et que les voûtes vaginales qui auparavant étaient comblées par la matrice renversée d'un côté et de l'autre par la tumeur, étaient maintenant vides. Je suis aussi convaincu que l'épaississement de la paroi de l'utérus, qui était de plusieurs travers de doigts, va continuer de fondre, sous l'influence merveilleuse de l'involution, cette involution que le courant galvanique a si bien mise en marche; la preuve, c'est que la sonde, qui au commencement pénétrait à une profondeur de cinq pouces, pouvait à peine pénétrer à celle de trois pouces, en dernier lieu.

Ce cas est ici fidèlement rapporté; il est en tous points conforme à la vérité; cependant, il peut se faire qu'il y ait des personnes qui doutent de la véracité de ce rapport, s'il s'en trouve parmi vous et qu'elles veulent s'assurer de l'exactitude de ce rapport, je suis certain, que les médecins plus haut mentionnés se feraient un plaisir, par amour de la science et de la vérité, de leur donner tous les renseignements voulus.

La patiente est tellement enchantée qu'elle s'est engagée de répondre à tout inquisiteur.

Mais, malheureusement, son enthousiasme l'empêche, jusqu'à un certain point, d'être considérée comme témoin impartial. Quant à mon propre témoignage, l'on doit se rappeler que je préfère en aucun temps enlever une tumeur fibreuse au moyen du scalpel, que de la traiter à l'électricité, et je comprends que la guérison d'un cas par ce dernier moyen est positivement dommageable à ma réputation comme chirurgien.

Ceci étant connu, il s'en suit que c'est plutôt un devoir qu'un plaisir de citer cette expérience; aussi le fais-je par amour de la vérité.

250, rue Bishop, Montréal.

Fumigation au soufre.

Fermer toutes les issues du local à désinfecter, puis, le fumiger à l'acide sulfureux en y laissant brûler, pendant au moins six heures consécutives, 3 livres de soufre par chaque 1000 pieds cubes d'espace (1).

(1) Pour bien faire cette importante opération, il faut que toutes les ouvertures, fentes, trous, etc. soient hermétiquement bouchés, et les fenêtres disposées de manière à pouvoir être ouvertes du dehors, soit par une corde ou par toute autre procédé mécanique, lorsque la désinfection est terminée. Il est nécessaire de prendre ces précautions, car le gaz acide sulfureux, respiré en quantité notable, peut causer la mort.

Pour assurer la parfaite combustion du soufre, et se prémunir contre tout danger d'incendie, il faut mettre le soufre, en poudre ou en morceaux, dans un vase de fer placé sur quelques briques ou pierres plates disposées dans un cuvier dont le fond est recouvert de quelques pouces d'eau. Pour faire prendre le soufre, on devra en mouiller la surface avec un peu d'alcool, ou placer dans le vase même, parmi le soufre, quelques chiffons de papier qui en dépassent le bord, et y mettre le feu.

(La fumigation terminée, il faut ouvrir largement portes et fenêtres, et aérer toute la maison le plus possible. Ensuite, on éponge avec une solution de deux onces d'acide carbonique pour un gallon d'eau, toutes les surfaces qui ont été exposées à l'infection, et, enfin, on fait le grand ménage ordinaire, à la brosse et au savon).

ONZE CAS D'INSOLATION

Par E. P. BENOIT, M. D.

Chef de clinique à l'Hôpital Notre-Dame.

Les huit jours de chaleur écrasante que nous avons eus au commencement du mois de juillet nous ont fourni l'occasion, peu souvent renouvelée, d'étudier une série de cas d'insolation. Nous en publions, plus loin, les observations résumées, observations que nous faisons suivre de quelques notes cliniques. On y verra que les symptômes sont parfois très accusés, et laissent entrevoir avec une certitude relative le mode de terminaison. Il semblerait que l'insolation, suivant la constitution ou la force de résistance du sujet, produise tantôt un état congestif général et assez intense, mais facile à combattre, et tantôt une poussée suraiguë de congestion vers le tube digestif et les centres nerveux, surtout les centres cardiaques et respiratoires, poussée aiguë exerçant une action à la fois irritative et paralysante qui se révèle, à l'extérieur, par les vomissements et la diarrhée, les contractions épileptiformes et la paralysie du cœur et des poumons. Sur les onze cas d'insolation amenés à l'hôpital Notre-Dame et traités dans le service médical, six présentaient cette forme aiguë de la maladie, et un seul (Obs IV) a guéri, grâce, sans doute, à la bénignité relative des symptômes. Quant au traitement, il doit rencontrer, dans tous les cas, une première et pressante indication : soutenir le cœur ; mais il varie dans la forme suraiguë pour ce qui concerne l'abaissement de la température et l'amélioration des symptômes adynamiques. Une abondante transpiration par la chaleur, la déplétion du système vasculaire par une saignée locale ou générale nous semblent être deux moyens rationnels, sinon toujours efficaces. Bien entendu, nous supposons, comme lésion pathologique, une congestion intense soit des méninges, soit du cerveau ou de la moelle, la science médicale ne nous enseignant rien de plus. Nous n'avons pu pratiquer d'autopsie, l'hôpital Notre-Dame n'ayant pas de chambre de réfrigération, et la loi nous obligeant à attendre vingt-quatre heures après la mort pour ouvrir un cadavre.

Obs. I.—Inconnu, 35 à 40 ans, frappé d'insolation près de la voie du chemin de fer, et amené, sans connaissance, à l'hôpital Notre-Dame, par l'ambulance. Température à 110° F., pouls très faible, intermittent et irrégulier. Pâleur générale, froideur des extrémités, dyspnée très grande, cyanose, peau sèche et froide, diarrhée profuse et vomissements. Injections hypodermiques fréquentes d'éther et de strychnine. Frictions générales avec des éponges trempées dans de l'eau glacée. Sac de glace sur la tête. Aucune amélioration des symptômes. Le malade meurt trois heures après son entrée. Température 109° F.

Obs. II.—X..., 40 ans, frappé d'insolation sur la voie du chemin de fer et

amené à l'hôpital par l'ambulance, offrait les mêmes symptômes que le cas précédent. Meurt en entrant à l'hôpital. Température 110° F.

Obs. III.—M. T..., 61 ans, frappé d'insolation pendant qu'il travaillait au pavage des rues. Amené par l'ambulance. Température 108° F., pouls 120 dur. Peau sèche, douleur à la tête, figure congestionnée, délire. Frictions générales avec de la glace et des éponges trempées dans de l'eau glacée. Sac de glace sur la tête. Injections hypodermiques d'éther. Le délire cesse après vingt minutes. La température s'abaisse rapidement, elle est normale au bout d'une heure. Le mal de tête dure deux jours. Diète liquide. Diarrhée assez abondante le lendemain. Guérison complète le troisième jour.

Obs. IV.—M. M..., 23 ans, pendant qu'il travaillait sur la rue, dans la journée, s'est senti faible, étourdi. Rendu chez lui, il a mal à la tête et souffre de diarrhée. Malgré sa faiblesse, il se rend à l'écurie pour panser ses chevaux et perd connaissance. On appelle l'ambulance. A son arrivée à l'hôpital, la température est à 102°, le pouls très faible bat 130. La figure est pâle, la peau froide et sèche ; la diarrhée et le vomissement durent une partie de la nuit. Le malade est placé dans un lit et entouré d'eau chaude : sac de glace sur la tête, injections hypodermiques fréquentes d'éther, de caféine et de brandy. Le matin, le malade est beaucoup mieux ; il n'y a plus de diarrhée ni de vomissements, la peau est moite, le pouls satisfaisant, la température abaissée. Le mal de tête est resté, et nous constatons, à la visite, une congestion persistante au cerveau. L'application de six sangsues derrière les oreilles amène un mieux immédiat. Le malade quitte l'hôpital deux jours après.

Obs. V.—L. L..., 19 ans, très robuste, est frappé d'insolation sur les quais. Transporté à l'hôpital par l'ambulance. Température 107°, pouls vite et dur, peau sèche, figure congestionnée, délire, aucune douleur à la tête. Bonnet de glace, frictions générales avec de la glace pendant une heure : température 99°, ne remonte plus. Pas de diarrhée ni de vomissement. Le délire a persisté quelque peu, mais le malade est guéri le lendemain.

Obs. VI.—M. F..., 40 ans environ, cuisinière dans un hôtel, est frappée d'insolation dans sa cuisine. Transportée à l'hôpital. Etat comateux, peau très pâle, sèche et glacée ; pouls filiforme, très irrégulier et intermittent, contraction prononcée des membres, dyspnée intense et cyanose. La température est à 110°, le pouls incomptable. Diarrhée et vomissements. Tous les traitements n'ont aucun effet. Morte 8 heures après son entrée.

Obs. VII.—C. C..., 50 ans, journalier sur les quais, est frappé d'insolation chez lui, après son dîner. Transporté par l'ambulance. Mal de tête, engourdissement, peau sèche, figure congestionnée. Température 101,5°, pouls satisfaisant. Bonnet de glace, frictions générales à l'eau glacée. La température est normale après trente minutes. Le mal de tête persiste jusqu'au lendemain.

Obs. VIII.—Julie, servante à l'hôpital, 45 ans environ, très fatiguée, sort

en ville dans l'après-midi. Elle est frappée d'insolation sur la rue et amenée à l'hôpital par l'ambulance. Etat comateux, peau sèche, froide et pâle, dyspnée intense, cyanose, vomissements et diarrhée, contractures des membres. Température au-delà de 110°, pouls très vite, intermittent et irrégulier. Morte au bout de six heures.

Obs. IX.—G. P..., 38 ans, journalier, s'est fait soigner par un médecin avant d'entrer à l'hôpital. Cas très léger. Passe la nuit avec un bonnet de glace sur la tête. Mal de tête disparu le lendemain.

Obs. X.—J. M..., femme de 40 ans environ. Offre les mêmes symptômes que Julie (Obs. VIII). Morte elle aussi au bout de six heures.

Obs. XI.—T. F..., 75 ans, mesureur de bois, est frappé d'insolation sur les quais, vers 3 heures p. m. Transporté à l'hôpital par l'ambulance. Délire, mal à la tête, figure congestionnée, peau sèche, contracture des membres. Pouls 100°, bon; température 108°. Sac de glace sur la tête. Le malade est épongé à l'eau glacée pendant une heure; il reprend connaissance au bout d'un quart d'heure, et, au bout d'une heure, la température est à 98°. En même temps le malade est saisi d'un frisson violent; bouteilles d'eau chaude, brandy. La réaction ne se fait qu'au bout d'une demi-heure. Le bonnet de glace est laissé sur la tête pendant deux jours. Purgation légère. Guérison complète.

Tous les malades des observations précédentes ont offert deux symptômes caractéristiques: élévation très grande de la température et arrêt de la sécrétion cutanée. Mais là, et là seulement, existe la similitude. Car, tandis que les uns ont guéri rapidement, avec des symptômes de congestion active (rougeur, mal de tête, délire, contractures même), les autres sont morts rapidement avec tous les signes de la forme apoplectique intense (paleur, coma, diarrhée, vomissements, contractions tétaniques des membres). L'insolation peut donc revêtir des formes très diverses, suivant le degré d'action sur les centres nerveux, et peut-être aussi suivant la manière dont agit la cause.

Boinet, de Marseille, nous donne, à ce propos, dans le *Traité de thérapeutique appliquée*, des renseignements fort intéressants. L'insolation est le résultat de l'action localisée ou prépondérante des rayons du soleil sur les centres nerveux, action qui se manifeste soit par une simple hyperhémie, soit par une forte congestion des méninges accompagnée ou non de foyers hémorrhagiques. C'est ce qui a eu lieu chez les malades des observations III, V, VII, IX, XI, qui présentent des symptômes prononcés cédant vite sous l'influence du traitement. Mais l'élévation de la température ambiante peut aussi agir, sans l'intervention directe des rayons solaires, sur les centres nerveux, et d'une manière grave. L'insolation prend alors la forme apoplectique, et s'appelle coup de chaleur. Le malade tombe brusquement, perd connaissance; il est livide, les pupilles sont contractées, la peau est sèche, brûlante, sans trace de sueurs, le pouls est accéléré, la respiration est profonde, rapide, haletante; la température est très

élevée et la mort survient, presque toujours, avec coma prolongé, collapsus cardiaque et asphyxie progressive (Boinet). L'observation VI en est un exemple frappant. On trouve à l'autopsie de ces cas, nous disent les auteurs, de la contraction du ventricule gauche, de la congestion des poumons et des centres nerveux. Le malade meurt par collapsus cardiaque et asphyxie congestive, dûs probablement à une action paralysante ou inhibitoire exercée sur les centres nerveux. L'effet du coup de chaleur est donc beaucoup plus désastreux que celui de l'insolation.

Mais il existe une forme intermédiaire que nous montrent les observations I, II, IV, VIII et X, forme que Saguet a proposé de nommer thermo-héliosie, et qui est due à l'action combinée de l'insolation et du coup de chaleur. C'est ainsi que M. M..., (Obs IV), déjà frappé sur la rue, perd connaissance le soir dans son écurie, où il faisait une chaleur humide et lourde. Cette forme peut aussi prendre une grande gravité, ainsi que le prouvent les observations I, II, VIII et X, et offrir surtout les symptômes du coup de chaleur, malgré l'intervention directe du soleil. L'histoire de Julie nous fait aussi voir que la fatigue et le surmenage sont une cause prédisposante. Tous les malades que nous avons eus à l'hôpital étaient d'ailleurs des gens de peine, qui, pour la plupart, ont persisté dans leur travail malgré le mal de tête et le vertige précursseurs.

Si nous en jugeons par les quelques cas traités à l'hôpital Notre-Dame, le pronostic des accidents généraux produits par le soleil et la chaleur est habituellement fort grave. C'est l'avis de Boinet, qui considère comme signes pronostiques favorables l'abondance des sueurs spontanées ou des urines, l'abaissement rapide de la température, surtout s'il n'existe ni coma, ni convulsions. Par contre, la persistance de l'insensibilité, du coma, de l'hyperthermie; la dyspnée, la faiblesse cardiaque, la mollesse et la rapidité du pouls, l'absence ou l'insuffisance des sécrétions rénale ou cutanée sont les indices d'un pronostic fâcheux. Nous y ajouterons la diarrhée profuse et les vomissements.

Le traitement que nous avons suivi est celui conseillé dans les hôpitaux de New-York, sauf que, n'ayant pas d'installation pour tenir les malades dans un bain d'eau glacée, nous avons eu recours aux frictions générales, et parfois continues, avec des blocs de glace et des éponges, ayant soin de soutenir le cœur par des injections stimulantes et de maintenir, jusqu'à guérison complète du malade, du froid sur la tête. Ce traitement énergique, dans les cas favorables, abaisse rapidement la température et rétablit la sécrétion cutanée, qui est la soupape de sûreté. Le lendemain, les malades étaient généralement purgés au calomel et soumis à une diète légère. Le coup de chaleur, la forme adynamique, où la fièvre est aussi très élevée, semble bénéficier davantage d'une transpiration abondante provoquée par la chaleur. Les cas I et VIII n'ont pas été traités ainsi, et c'a été une erreur de notre part; nous aurions dû au moins essayer.

Nous avons été tenté, dans le cas de la cuisinière frappée d'un coup de chaleur (Obs. VI), de pratiquer une saignée générale; l'état très mauvais du pouls nous a seul retenu. Notre maître, M. le professeur Rottot, avec qui nous en causions, ne voit pas pourquoi, si la lésion cérébrale et médullaire est une

simple congestion, la saignée n'agirait pas d'une manière efficace, malgré la contre indication offerte par l'état du pouls. Mais il faudrait s'assurer d'abord si le collapsus cardiaque, qui peut très bien faire suite à la congestion pulmonaire, n'est pas provoqué plutôt par une action spéciale de la chaleur sur les centres nerveux, que l'on appelle cette action paralysante, inhibitoire ou comme on voudra. Nous laissons à de plus habiles la solution du problème. Nous ferons remarquer, cependant, que M. M... (Obs. IV). chez qui la congestion cérébrale persistait, s'est très bien trouvé de l'application de sangsues sur les apophyses mastoïdes.

A noter aussi que tous les malades qui sont morts avaient une température (vaginale ou rectale, ce qui est important) au-dessus de 108° F.

Montréal. juillet 1897.

LA "REVUE MÉDICALE" DE QUÉBEC

Nous avons reçu le premier numéro de la *Revue Médicale* de Québec. Il est fort bien imprimé, a une apparence toute française, et contient huit pages de matière intéressante à lire : un article très documenté du professeur Brochu sur le traitement de l'obstruction intestinale par l'électricité, deux articles de reproduction et un formulaire.

La collaboration, très nombreuse, comprend MM. les professeurs Ahern, Brochu, Simard, Vallée, Grondin et Rousseau, de l'Université Laval, M. le Dr Schmitt, de l'île d'Anticosti, MM. les Drs Paquin et Faucher, de la Société Médicale de Québec, et deux médecins de Montréal, MM. les professeurs Demers et Brennan. M. le Dr Boulanger est secrétaire de la rédaction, et le siège social de la Revue est 51, rue St-Pierre, Québec.

Nos amis du district de Québec sont évidemment en train de s'organiser, ce dont nous les félicitons sincèrement. Ils ont pourvu là à un besoin qui devait se faire sentir depuis longtemps. Dans une région aussi vaste et aussi peuplée, c'est une chose bonne de réunir les médecins de la capitale et des environs par une Société, et les médecins de tout le district par un journal. Il est facile de constater, par cette action de nos amis de Québec, combien grand est parmi eux le désir de vivre par eux-mêmes, de leur vie propre, sans dépendre de qui que ce soit. Nous voyons là un grand pas de fait vers cette autonomie des districts pour laquelle nous combattons depuis quelque temps ; après leur Société et leur Revue, les médecins de Québec voudront tout naturellement élire eux-mêmes et seuls leurs délégués, ce qui est l'un des plus chers privilèges accordés aux populations libres. Ils peuvent compter sur l'*Union Médicale* pour leur donner un coup de main en cette affaire.

Nous souhaitons à la *Revue Médicale* un plein succès dans la voie nouvelle où elle se lance si hardiment. Nous savons par expérience que les difficultés seront nombreuses ; mais il se fait en ce moment un tel mouvement d'activité et d'organisation dans la profession médicale de la province, que cela fait prévoir la réussite de toute entreprise portant avec elle un cachet d'indépendance et de virilité.

REPRODUCTION

LES MÉDECINS ET LA LOI ⁽¹⁾

Par PEERS DAVIDSON, M. A.,

Du Barreau de Montreal.

(Traduction.)

Il n'entre pas dans le but de ce travail de discuter les origines respectives de la médecine et de la loi, ni de comparer entre elles les deux professions, comme l'indique le titre ci-dessus. La loi, qui prend son origine dans les relations existant entre les membres de la famille primitive ou de la communauté de village, protège l'individu et le guide en définissant ses droits et ses devoirs. Par conséquent, elle protège jusqu'à un certain point la personne. D'un autre côté, la médecine, et j'emploie le terme dans son sens le plus large, se rattache plus intimement à la personne parce que, en sauvant et protégeant la vie humaine, elle permet à l'individu de continuer à jouir des droits que la loi lui conserve. Toutes les deux cherchent à préserver la société, mais d'une manière bien différente. Il ne s'en suit pas qu'elles soient toutes deux sur un pied d'égalité. Les sociétés ont pu vivre sans médecine. Sous une forme ou sous une autre, la loi est indispensable à leur existence. Voilà pourquoi la loi est supérieure à la médecine, quoique celle-ci, par sa nature, puisse être plus noble. Il s'en suit que la profession médicale, bien que gouvernée par ses propres règlements et son code d'éthique, n'affecte pas et ne peut pas affecter la société dans son ensemble. Mais, malgré ces règlements, les médecins sont gouvernés par la loi d'une manière aussi absolue que les autres membres de la société. Cependant, leurs relations intimes avec la "personne" de l'individu soulèvent des questions légales difficiles et d'un intérêt particulier.

La profession médicale s'est rendue tellement indispensable à la société et à sa mise à l'abri des maladies, son savoir est devenu d'une telle valeur dans la découverte du crime, que l'on peut souvent considérer ses membres comme des officiers publics. Le conflit entre le devoir public et le devoir privé leur devient souvent une cause d'embarras. Je n'ai pas l'intention, dans ce travail, de discuter ce qu'on peut appeler la médecine légale, ou la jurisprudence médicale. Ce sujet regarde le médecin plutôt que l'avocat. C'est la médecine appliquée à la loi. Je me propose de considérer la loi appliquée aux médecins, de discuter la position du médecin vis-à-vis la loi ses droits personnels et ses responsabilités durant l'accomplissement de quelques-uns de ses nombreux devoirs professionnels. Il occupe une place distincte dans la société. Celle-ci lui impose, en vertu de la loi statutaire ou commune, certaines obligations autres que celles imposées à ses membres ordinaires.

Le sujet est vaste et difficile à condenser dans la limite ordinaire des travaux présentés à cette société; je passerai brièvement en revue les principaux sujets suivants: le médecin comme témoin, son devoir vis-à-vis les Actes des Statuts, sa responsabilité civile et sa responsabilité criminelle. J'ai, pour plus de facilité, fait de ces sujets quatre chapitres différents

(1) Lu devant la Société Médico-chirurgicale de Montreal et publié dans le *Montreal Medical Journal*.

CHAPITRE I.

LE MÉDECIN COMME TÉMOIN.

(A) *Le subpoena.*

Toute personne est obligée de comparaître devant les cours civiles chaque fois qu'une assignation (*subpœna*) lui est remise au moins un jour entier avant celui fixé pour son audition, ce délai devant être prolongé d'un jour pour chaque quinze milles lorsque la distance dépasse quinze milles. (C. P. 244). Si le médecin n'obéit pas au *subpœna*, il devient passible d'une amende n'excédant pas \$40.00. En outre, la partie qui l'a fait assigner peut obtenir des dommages pour défaut et l'emprisonnement pour mépris de cour, s'il y a lieu. (C. P. 249). Cependant, si le médecin doit déboursier quelque chose pour se rendre à l'endroit où l'audition doit avoir lieu, il n'est aucunement obligé d'obéir au *subpœna* à moins qu'un montant raisonnable lui soit offert au moment de la remise.

(B) *Le médecin comme témoin sur les matières d'opinion.*

Il ne peut être assigné que "pour déclarer ce qu'il sait ou produire quelque document en sa possession, ou faire les deux." (C. P. 245). Il apparaîtrait en conséquence, d'après la loi, qu'il ne peut être forcé de donner son témoignage sur une matière d'opinion. Le public n'a aucun droit de demander les services d'un homme comme expert à moins que celui-ci n'y consente. On a cependant le droit de demander son témoignage sur des faits qui sont venus à sa connaissance, peu importe par quels moyens. Ce n'est pas à lui de juger s'il peut ou non donner un témoignage sur des faits de la cause. Il arrive fréquemment qu'au milieu des complications de faits et de noms qui remplissent la vie journalière d'un homme occupé il oublie complètement les faits jusqu'à ce qu'on les lui rappelle dans la boîte aux témoins. S'il désire, par conséquent, éviter la passibilité d'une amende, il doit obéir à son *subpœna*, et, après s'être assuré en pleine cour que l'on désire seulement son opinion, il peut refuser de la donner à moins que l'on accepte ses conditions.

Une fois placé dans la boîte comme témoin expert, son obligation envers le public cesse, et il tombe dans la position de tout homme de profession consulté sur un sujet sur lequel on veut obtenir son opinion. Il est évident que l'habileté et l'expérience professionnelles d'un homme demeurent jusque là sa propriété personnelle, et qu'on ne peut le forcer à les distribuer gratuitement pour personne. Ni le public, ni un individu quelconque a le droit de lui arracher des services professionnels sans une compensation suffisante. Il peut dans la boîte aux témoins, tout comme à son bureau, donner ou refuser à volonté son opinion, parce qu'on ne peut pas forcer un témoin expert à donner son opinion, ni l'accuser de mépris de cour s'il refuse de le faire. Quiconque lui demande une opinion dès l'abord doit le rémunérer, puisqu'il l'a jusque-là employé personnellement, et l'expert dès le commencement peut décliner de donner son opinion jusqu'à ce que la personne qui l'emploie ou le paie, ou s'engage à le payer. Mais lorsqu'il a donné son opinion, il l'a placée parmi les *res gestæ* de l'évidence, et ne peut pas refuser de la répéter ou de l'expliquer en contre-examen. Une fois confiée à l'oreille publique de la cour, elle passe parmi les faits de la preuve, et l'avocat peut s'en servir comme il l'entend, sans donner plus de compensation au médecin. Si celui-ci refuse de donner gratuitement son opinion, il doit soulever son objection dès le début de l'interrogatoire, car ce serait peine perdue s'il attend au contre-examen pour le faire. Il est appelé pour être consulté en pleine cour par quelqu'un, et de cette personne seulement il a le droit d'exiger une compensation en retour de ses services (Ordronaux Med. Jurisp., p. 114, 115).

On ne permet pas au médecin témoin de donner lecture de ses auteurs dans la boîte. Mais il peut recourir à eux pour rafraîchir sa mémoire. (Roseve's Cr. Ev. p. 137. Taylor Evid. vol. 2, p. 946. Ordonaux Med. Jurisp., p. 122). Dans le contre-interrogatoire, cependant, l'avocat peut lire des citations d'auteurs connus et demander au témoin s'il les approuve ou diffère d'opinion avec eux.

Il n'entre pas dans le sujet de ce travail de discuter la conduite du médecin dans la boîte aux témoins. Ce sujet doit être plutôt discuté par un médecin qu'un avocat. Mais il est peut être de mon devoir de signaler en passant la perte de prestige qui atteint tous les jours le témoignage de l'expert. Je ne dis pas que ceci n'existe que dans la profession médicale. La cause en est dans la facilité apparente avec laquelle on peut obtenir des témoignages d'expertise contradictoires, surtout les témoignages médicaux. Les médecins répondront qu'ils sont mal dirigés par les avocats. L'argument a sans aucun doute quelque valeur. L'avocat prendra naturellement avantage de tout ce qui, pour le moment, peut tourner à son avantage. La tendance à différer d'opinion est aussi prononcée parmi les médecins que parmi les gens du barreau. Je ne crois pas que l'on doive entièrement blâmer les inexactitudes de la science. La distinction populaire demeure malgré tout entre "le menteur, le s... menteur et l'expert." et plus vite on en fera disparaître la cause, mieux ce sera. Il me semble que la meilleure solution de la difficulté serait une loi exigeant qu'un comité d'experts soit nommé par la cour dans chaque instance, comité qui serait à l'abri et au-dessus de toute influence exercée par un côté ou l'autre. (Ordonaux, Med. Jurisp., p. 114, 115).

(C) *Le médecin comme témoin sur les matières de faits.*

S'il est témoin de faits, il ne peut se réclamer d'aucun privilège, mais est obligé de répondre à toutes les questions qu'on lui pose, peu importe qu'il ait obtenu le renseignement professionnellement, sous le sceau du secret, ou autrement. (C. P., 275, Browne vs Carter, C. S., Berthelot, J., 1865, 9 L. C. J. 163). On ne lui accorde pas, sous ce rapport, la même faveur qu'au clergé, qu'aux notaires et qu'aux avocats. S'il doute de l'opportunité ou de la convenance de la question, ou s'il hésite sur la manière dont il doit y répondre, il peut en appeler au Juge président, dont il doit accepter la décision sans conteste. (Taylor, Med. Jurisp., p. 29). S'il agit de bonne foi et sans malice, il n'a pas à craindre les conséquences de son témoignage, si préjudiciable qu'il puisse être à la réputation de la partie intéressée. La justice demande qu'il dise tout ce qu'il sait sur tous les points en cause, absolument sans aucune réserve. La justice le protège des conséquences qui en découlent et déclare son témoignage une communication privilégiée. (C. R. Labbé vs Pidgeon, 1 R. de J. 135; R. J. Q. 7 S. C. 22). Il n'appartient pas au médecin de s'occuper de la régularité des procédures, comme par exemple l'enquête du coroner. (Id).

(D) *Honoraires pour témoignage dans les causes civiles.*

J'ai le regret de dire que parfois les médecins sont obligés de rester en cour pendant plusieurs heures consécutives avant que l'on entende leur témoignage, et le léger émolument qu'on leur accorde en retour est bien loin de compenser la perte de leur temps. Il est rare, cependant, que les médecins ne puissent pas avoir une entente avec l'avocat qui les a assignés, afin de donner leur témoignage à une heure fixe. La cote professionnelle est de quatre dollars par jour. Sur ce point, les avocats, médecins et ingénieurs sont au même niveau. Je n'ignore pas que les médecins se plaignent de ne pas pouvoir s'assurer du montant qui leur revient, ou, s'ils s'en sont assurés, de ne pas pouvoir se faire payer. Je puis dire que c'est la coutume, lorsqu'un témoin s'est rendu en cour le matin, même

pour quelques minutes, puis s'en est allé après s'être assuré qu'on n'avait pas besoin de lui, de lui allouer une demi-journée. S'il revient dans l'après-midi avec le même résultat, c'est la coutume de lui allouer la journée entière. Son subpoena lui ordonne d'être présent tous les jours jusqu'à ce qu'il soit entendu.

Lorsqu'il quitte en dernier lieu la boîte aux témoins, la meilleure chose à faire pour le médecin est de demander immédiatement au greffier de fixer son allocation. Celui-ci lui demande combien de jours et de demi-jours il a été présent, et il lui est permis de les compter d'après le principe émis plus haut. Le greffier peut assermenter le témoin à ce sujet si l'une ou l'autre partie le demande. Le jugement, lorsqu'il sera rendu, condamnera l'une ou l'autre partie à payer les frais. L'arrêté de compte d'un témoin est un jugement contre la partie qui l'assigne et peut être exécuté comme tel sans l'intervention des avocats. (C. P. 281). La demande doit être adressée à l'avocat qui a assigné le témoin. Lorsque cette demande reste infructueuse, le témoin peut s'adresser immédiatement au greffier afin qu'il y donne suite.

(E) *Honoraires dans les causes criminelles.*

Voici quel est, par suite d'un ordre en conseil spécial, le tarif des témoins experts dans les causes criminelles.

Résidents des villes de Montréal et de Québec, pour chaque jour entier de présence à la cour.....	\$10.00
Résidents des villes de Montréal et Québec, pour toute partie d'un jour.....	5.00
Résidents de toute autre ville, pour chaque jour entier de présence à la cour.....	8.00
Résidents de toute autre ville, pour toute partie d'un jour.....	4.00
Résidents de toute autre partie de la Province, pour chaque jour entier de présence à la cour.....	5.00
Résidents de toute autre partie de la Province, pour toute partie d'un jour.....	2.50
Pour le mileage, quand la distance à parcourir dépasse deux milles, dix centins par mille dans les deux sens.	

Pour chaque jour, ne dépassant pas trois jours, employé en entier ou en partie à étudier tout sujet, question ou matière ordonne par le juge, le procureur général ou son représentant et sur lequel il faudra ensuite donner une opinion professionnelle en cour.....

5.00

Ce tarif s'applique à toutes les causes criminelles.

Lorsque le médecin est appelé par la défense, il doit courir ses chances de se faire rémunérer par le défendeur, et elles sont généralement très minces. Cependant, règle générale, il est appelé par la défense sur une question d'opinion, et il peut se protéger lui-même en refusant de répondre jusqu'à ce que ses honoraires lui aient été payés.

(F) *Preuve de compte pour services rendus.*

Le médecin est quelquefois obligé de poursuivre en recouvrement d'honoraires. Il doit prendre cette action moins de cinq ans après le paiement du dernier acompte. Une exception particulière est faite en faveur du médecin ou chirurgien pour lui permettre, sous son propre serment, de faire la preuve en ce qui concerne "la nature et la durée de ses services." Sous l'effet de cette loi, et jusqu'à cette année, la jurisprudence s'est montrée quelque peu contradictoire sur la question de savoir si le médecin peut aussi prouver le fait que les services ont été rendus. L'usage suivi ces dernières années lui permettait de le faire. Cependant, un statut passé à la dernière session de la législature (60 Vict. chap. 54), permettant à chaque partie de faire la preuve de son côté dans chaque cas, résout la question et fait en même temps tomber en désuétude l'exception particulière accordée à la profession médicale.

CHAPITRE II.

DEVOIR DES MÉDECINS EN CE QUI CONCERNE LES ACTES DES STATUTS.

On peut soulever des doutes concernant le devoir des médecins vis-à-vis les actes de naissance et les actes d'inhumation.

(A) *Actes de naissance.*

La loi en France charge certaines personnes, telles que le père, la mère, le médecin, l'accoucheuse, ou toute autre personne présente à l'accouchement, de déclarer la naissance aux autorités.

Il n'y a dans la province de Québec aucune obligation de ce genre pour aucune personne sauf le père et la mère.

(B) *Actes d'inhumation.*

C'est tout autre chose pour ce qui concerne les actes d'inhumation. La loi provinciale concernant la compilation des statistiques vitales (56 Vict., chap. 29, sec. 3059e) ordonne que tout médecin, appelé à rendre des services professionnels pendant la dernière maladie de toute personne décédée doit certifier, sous sa signature, de la mort et de la cause de la mort de cette personne, donnant le nom, le surnom, l'âge, le sexe, la profession ou l'emploi, la date de la mort, la durée de la maladie et la cause de la mort. Ce certificat sera requis par les préposés aux registres d'inhumation, par exemple, les autorités des cimetières, avant de procéder à l'inhumation ou d'en accorder le permis.

Les médecins devront prendre soin, d'après cet article, de ne donner de semblables certificats que lorsqu'ils ont été appelés à donner leurs soins professionnels pendant la dernière maladie de la personne décédée. Autrement, ils pourraient ne certifier des faits que sur un ou-dit, et se causer ainsi par la suite du trouble et des ennuis. Par l'amendement à la charte de la cité de Montréal (59 Vict., chap. 50, sec. 17b), cependant, il est dit que : " Dans tous les cas de décès survenus dans la ville, un certificat doit être déposé au bureau de santé, et ce certificat doit être dressé de la manière prescrite par le Bureau de Santé et le Conseil." Il semblerait d'après cela que le médecin a deux certificats de décès à donner dans chaque cas. Les médecins de Montréal, cependant, par un ordre en Conseil du 29 septembre 1896, sont relevés de l'obligation de donner un certificat au Conseil Provincial d'Hygiène, tel que requis par 56 Victoria, mais ils doivent se conformer aux règlements de la ville, qui sont pratiquement les mêmes.

A ce sujet, l'article 69 du code civil est intéressant : " Lorsqu'il existe quelque signe ou indice que la mort a été causée par violence, ou lorsqu'il existe d'autres circonstances qui le font supposer, ou lorsque la mort survient dans toute prison, asile ou lieu d'internement forcé, on ne peut procéder à l'inhumation tant qu'elle n'a pas été autorisée par le coroner ou tout autre officier dont le devoir dans ces cas est d'inspecter le cadavre."

Quel est alors, civilement parlant, le devoir du médecin, lorsqu'il se trouve en face d'un signe quelconque indiquant une mort par violence ou lorsqu'il y a d'autres circonstances faisant supposer une telle mort.

En premier lieu, qu'est-ce qu'une mort violente ?

Worcester la définit ainsi : " celle produite par force ou par violence, non naturellement." Taylor in Medical Jurisprudence (vol. 1, page 166) énumère les différentes causes de mort violente comme étant "l'empoisonnement, les plaies et blessures corporelles, telles que les brûlures, ainsi que ces formes de mort qui commencent par les poumons et qui comprennent la submersion, la pendaison, la strangulation et la suffocation." En discutant ces différentes

formes, il y ajoute *l'opération médicale*. (Voyez aussi Lacassagne, Médecine Judiciaire, page 102). D'où il résulte qu'aux yeux de la loi toutes les morts résultant soit d'actes accidentels, soit d'actes criminels, et même d'opérations chirurgicales, sont des morts violentes, et la personne ne peut être enterrée sans que l'inhumation soit permise par le coroner.

Qu'il soit bien entendu qu'il n'existe aucune loi plaçant les médecins dans l'obligation d'avertir le coroner en cas de mort violente. Il est évident, par conséquent, que le défaut de l'avertir n'entraîne pas une responsabilité civile.

Le médecin peut donner son certificat, qu'il doit s'efforcer de rendre absolument exact, et rejeter le soin d'avertir le coroner sur les autorités auxquelles il est défendu, par la loi, d'autoriser l'inhumation. Cependant, pour obtenir cette inhumation, dans la pratique, les médecins trouveront généralement qu'il vaut mieux, et pour eux-mêmes et pour les parents du patient, d'avertir *immédiatement le coroner*. Si la mort violente peut se rattacher dans une certaine mesure au traitement médical, il y va de l'intérêt du médecin lui-même d'exposer clairement la situation devant le coroner, afin d'éviter ainsi par après tout malentendu possible.

CHAPITRE III.

RESPONSABILITÉ CIVILE.

C'est sous cette appellation générale que surgissent la plupart des questions relatives aux rapports entre les médecins et le public, durant la pratique journalière. D'une manière pratique et générale, le mot "responsabilité" signifie, d'après la loi française, "l'obligation de réparer un dommage." (Villargues, Dict. de Dr. Civ.).

(A) Responsabilité du médecin lorsqu'il dévoile le secret professionnel.

La plupart des questions qui surviennent sous ce titre ont rapport à l'observation ou au dévoilement du secret professionnel. Il entre dans ces questions des considérations d'intérêt privé, d'étiquette professionnelle, d'ordre public et d'intérêt social. Les intérêts en jeu sont si divers et si contraires, les circonstances faisant surgir ces différentes questions sont si variées, qu'il devient extrêmement difficile de poser un principe général pour tous les cas. Je me propose néanmoins de discuter ces questions une par une, m'efforçant d'en résoudre un aussi grand nombre que possible.

En France, la question est jusqu'à un certain point simplifiée par l'existence dans le Code pénal d'un article dont voici la traduction libre. (Art. 378 C. pénal: "Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, aussi bien que les accoucheuses, pharmaciens et autres personnes, ayant reçu, soit par état ou profession, des secrets que des personnes leur ont confiés, et qui, sauf dans les cas où la loi les oblige d'en informer, auront révélé ces secrets, seront punis par un emprisonnement de un mois à six mois, et par une amende de 100 francs à 500 francs." Vous remarquerez l'exception "sauf dans les cas où la loi les oblige d'informer.")

Cet article du Code pénal n'est qu'une confirmation législative de la vieille loi et jurisprudence française sur ce sujet. (Merlin Rep. vo. Médecine; id. vo. Chirurgie; id. vo. Apothicaire; Dareau, Traité des Injures, t. I, p. 87).

Le dévoilement du secret professionnel est regardé par les Français comme une offense pénale qui, d'après leurs idées, occupe une position intermédiaire entre une offense civile et une offense criminelle. Ce principe établi par le Code pénal, la loi civile l'applique dans les causes civiles. Quand un médecin, en l'enfreignant, cause des dommages, on le considère en faute.

Dans l'État de New-York (Rev. Stat., 5e Edit, vol. 3, p. 690), il n'est permis à aucune personne dûment autorisée à pratiquer la médecine ou la chi-

rurgie de révéler aucun renseignement qu'elle a pu acquérir en soignant un patient, d'une manière professionnelle, lequel renseignement était nécessaire pour lui permettre de prescrire pour ce patient comme médecin, ou d'agir auprès de lui comme chirurgien. D'après cette loi, le médecin ne doit pas révéler le secret professionnel même dans la boîte aux témoins ou dans une cause criminelle, à moins qu'il n'existe dans d'autre statut des exceptions qu'il n'a été impossible de trouver. Il y a une loi semblable dans d'autres états de l'Union.

Il n'existe aucune loi semblable soit en Angleterre, soit dans la province de Québec.

Les questions concernant le secret professionnel doivent se résoudre suivant le droit commun dans un cas et suivant les principes de notre code et de la vieille loi française dans l'autre.

Il est intéressant de noter que les sections des Statuts Refondus concernant les médecins et les chirurgiens ne mentionnent aucunement ce sujet important. Ceci fait contraste avec les sections concernant les notaires (R. S. Q. 3622), lesquelles sections les obligent à garder secrètes les confidences reçues professionnellement et (R. S. Q. 3608) les placent sous la sauve-garde de la loi dans l'exercice de leurs devoirs professionnels. Le Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens n'a évidemment pas le pouvoir, d'après les Statuts Refondus, de faire des règlements en dehors de ceux qui regardent les études, les examens, les titres de créance, etc., l'enregistrement des noms et les règles et règlements pour la conduite générale de la corporation.

En dehors du serment d'Hippocrate, que sa profession lui fait prêter, le médecin est tout à fait libre de révéler le secret professionnel, sauf à se rendre par son action passible de dommages.

Je me propose de démontrer comment cette responsabilité légale survient. Il existe, du moment de la consultation, un pacte d'engagement. Ce contrat repose sur la condition tacite que le renseignement donné au médecin par le patient, et nécessaire pour permettre au premier de prescrire au second ou d'agir auprès de lui comme chirurgien, sera gardé en confiance secrète. Cette condition cesse d'exister dans certaines circonstances que je discuterai plus loin. Et le contrat existe du fait que les membres de la profession médicale se placent aux yeux du monde, par les règlements qui les gouvernent, comme des conseillers confidentiels. Il est sanctionné par l'opinion et la politique du public, qui lui donnent en fait sa principale force.

D'après notre loi, le défaut de remplir l'une des conditions d'un contrat rend celui qui est en faute responsable en dommages, d'après l'article suivant du Code (C. C. 1053) : "Toute personne en état de distinguer ce qui est bien et ce qui est mal est responsable de tout dommage causé par sa faute à quelqu'un, soit par action volontaire, imprudence, négligence ou manque d'habileté."

On remarquera que les dispositions de cette loi sont posées dans un sens très large et en termes généraux. Le médecin est responsable de tout dommage causé par imprudence, négligence ou manque d'habileté.

Vu la précision de la loi française, nous ne devons nous appuyer que sur l'interprétation générale de l'article ci-dessus, avec comme accessoire tout l'aide que la loi anglaise peut nous donner.

On trouve en Angleterre les principes généraux de la loi commune définis dans la cause célèbre, plaidée l'année dernière, de *Kittson vs. Playfair*. Depuis nombre d'années, aucune cause n'a soulevé autant d'intérêt parmi les médecins du monde entier, vu la position éminente du médecin en cause et les dommages énormes, \$60,000, accordés. Le docteur Playfair se trouvait, il n'y a aucun doute, placé dans une position difficile. Il avait découvert, de bonne foi selon lui, qu'une dame, alliée à sa famille par mariage, s'était rendue coupable de conduite immorale pendant l'absence de son mari. Il jugea qu'il était dans l'obligation, ou de dévoiler le secret professionnel, ou de permettre à cette

femme de s'associer intimement avec les autres membres de sa famille. Son désir de protéger sa femme et ses filles fut le plus fort, comme il arriverait, assez justement, selon moi, à nombre d'autres membres de la profession. Il lui était possible, comme il serait possible à tout autre médecin placé dans les mêmes circonstances, de garder le secret professionnel, et en même temps de protéger sa vie de famille. Tout ce qui lui était nécessaire de dire à sa femme, c'est : "J'ai des raisons de désirer que vous cessiez de recevoir cette femme et qu'elle ne fréquente plus mes filles," recommandant en même temps à sa femme d'agir avec discrétion. S'il n'eut pas été plus loin que cela, il aurait été difficile de concevoir de quelle manière la loi aurait pu l'atteindre. Malheureusement, il se laissa complètement conduire par ses sentiments personnels et dépassa les limites de la prudence et du nécessaire. Il écrivit d'abord à l'infortunée, l'informant de ses soupçons et menaçant, si elle ne quittait Londres à l'instant, de dévoiler sa conduite et de faire cesser la rente qu'elle recevait d'une autre branche de la famille. Il refusa d'accéder à ses lettres de supplication et de lui accorder une nouvelle entrevue. Enfin, non seulement il raconta en détail ses soupçons à sa femme, mais il les écrivit à un parent qui donnait une rente à cette femme, lui conseillant de la lui retirer, ce qu'il fit. Je ne vois pas comment un tribunal aurait manqué, dans ces circonstances, de condamner non seulement un médecin, mais toute autre personne, pour une semblable série d'actions. Le fait de s'être servi de renseignements obtenus sous l'obligation du secret professionnel ne rendait l'offense que plus évidente lorsqu'il s'agissait d'établir les dommages.

Au procès, le médecin se réclama d'un privilège, et non de la vérité de ses assertions. La question ne fut soulevée qu'incidemment.

Pour indiquer quelles étaient les questions en jeu, voici le verdict du Jury.

"Que le Dr Playfair croyait que les paroles étaient vraies, mais ne donna à la plaignante aucune opportunité de fournir une explication; que les paroles n'ont pas été dites simplement sous l'impulsion d'un devoir, mais pour un motif indirect."

Sur cette question, les principes généraux de la loi, en France, en Angleterre et ici, sont pratiquement les mêmes, excepté que la vieille loi française en force dans cette province et telle que formulée dans l'article 1053 du Code, cité plus haut, est beaucoup plus sévère que la loi anglaise dans l'appréciation des faits donnant lieu à des dommages.

Avant de ne discuter aucune question en particulier, j'établirai d'abord une loi générale concernant le secret professionnel.

Le médecin doit en tout temps garder le secret de son patient, sous peine d'être condamné à des dommages, excepté :

1° Quand il a été relevé de cette obligation d'une manière expresse par son patient.

2° Quand la cour lui ordonne de répondre comme témoin.

3° Quand cela est exigé par les règlements du Conseil d'Hygiène.

4° Quand la chose est nécessaire pour l'empêcher d'être considéré comme aide et fauteur d'un crime ou complice au second degré.

5° Quand un homme d'une prudence ordinaire peut de bonne foi, sans malice ni exagération, considérer que c'est son devoir envers la société et envers lui-même.

Les trois premières exceptions n'ont besoin d'aucun commentaire. Nous expliquerons la quatrième en discutant le côté criminel de la question.

La dernière exception est la plus difficile à interpréter pour le médecin; savoir s'il doit considérer de son devoir envers la société et envers lui-même de divulguer le secret de son patient, et cela sans devenir passible de dommages.

Je ne veux pas discuter la lutte qui surviendra inmanquablement entre le médecin et l'homme privé. Je ne m'occupe de la question qu'après avoir admis que le médecin est prêt à laisser de côté tout scrupule professionnel. Je sup-

pose qu'il a décidé que c'est son devoir de parler, mais qu'il hésite par crainte de dommages possibles.

Nos cours de justice prendront en considération la véracité des assertions du médecin, son devoir moral évident et majeur, sa bonne foi, son manque de malice, et le fait qu'il n'a divulgué son secret qu'en dernier ressort. Comme la chose se résume toujours à une question de "droits aux dommages," le médecin devrait être capable, en conservant dans sa mémoire ces considérations, de se rendre compte du risque qu'il court, et si la grandeur de son devoir moral et social est suffisante pour le lui faire courir.

Vous comprenez comme moi l'impossibilité, en face d'une question si difficile, de se représenter toutes les circonstances qui peuvent surgir et de dépasser la limite des principes généraux. Je discuterai cependant une ou deux des questions les plus importantes qui peuvent se présenter.

(1) *Avant le mariage.*

Prenez par exemple le cas d'un patient traité par son médecin pour une maladie virulente, et qui est sur le point de se marier malgré les protestations du médecin. Si le médecin ne connaît pas la femme, la question ne se présentera pas avec autant de force, parce qu'il sera probablement moins disposé à sortir de la voie ordinaire pour prévenir le mariage. Le fait est qu'il ne pourrait pas l'empêcher sans briser ouvertement le secret professionnel. Si la femme, cependant, fait partie du cercle immédiat de ses connaissances, il pourra trouver de nombreux moyens d'arriver au même résultat sans dévoiler le secret. Le Dr Brouardel, dans son remarquable traité sur "le Secret Médical," suggère une méthode ingénieuse. Le père de la future fiancée était un de ses amis; il en profita pour attirer un jour son attention sur la mort d'un jeune mari qui laissait sa femme sans aucune ressource, et sur le fait qu'il n'en aurait pas été ainsi si ce jeune homme eut été possesseur d'une assurance sur la vie. Le père de la fiancée demanda immédiatement au futur mari de prendre une assurance sur sa vie, et sur son refus, inexplicable aux yeux du père, le mariage fut rompu. Je ne crois pas le médecin justifiable, dans aucun cas semblable, de violer un secret.

Supposer que la femme qui est sur le point de se marier appartient à la famille même du médecin, c'est supposer un cas extrême, mais cependant dans l'ordre du possible. Je ne crois pas, dans un cas semblable, qu'une cour de justice condamnerait le médecin pour avoir protégé son enfant jusqu'à l'extrême limite de son pouvoir, même s'il lui était nécessaire, en dernier ressort, de lui révéler la vérité entière. La responsabilité et les devoirs d'un parent sont de beaucoup au-dessus de toutes questions de devoirs professionnels, d'étiquette ou de sécurité publique.

A mesure que la parenté ou la relation avec le médecin diminue, je crois celui-ci de moins en moins justifiable de dévoiler le secret professionnel dans le but de prévenir un mariage; si les liens étroits unissant le père et la fille n'existent plus, le médecin devra courir ses chances de l'appréciation des faits de la cause par le tribunal.

(2) *Pendant le mariage.*

Lorsqu'après le mariage les deux époux demeurent les clients du médecin, il surgit, au sujet de ce dernier, de délicates questions légales. Le secret professionnel, semble-t-il, doit être observé ici aussi strictement que l'exige chaque cas donné, mais je ne crois pas que le médecin ait raison d'être perplexe, si l'on tient en considération les relations intimes et la confiance qui existent entre mari et femme, et la possibilité éloignée que l'un ou l'autre puisse réclamer des dommages.

(3) *Les mineurs et les domestiques.*

La question du secret professionnel surgit quelquefois au sujet des mineurs et des domestiques.

Ce sont des cas où, les parents et les tuteurs d'un côté, les maîtres de l'autre, demandent des renseignements sur la maladie du patient, et auxquels le médecin sera porté à répondre.

Il n'y a aucun doute que si la maladie est contagieuse, le devoir du médecin est d'en déclarer la nature. Ceci rentre dans l'exception concernant les règlements du Conseil d'Hygiène. Mais il devra hésiter beaucoup à le faire si la maladie n'est pas contagieuse et si elle est de mauvaise nature.

L'argument donné par les auteurs qui discutent la question, c'est que celui qui paie pour les services que le médecin rend à une autre personne, s'il est mineur ou domestique, a le droit d'être complètement renseigné. Je ne crois pas qu'aucune personne ait ce droit. Car le médecin n'obtient pas les confidences du patient parce qu'une tierce personne le paie pour ses services, mais seulement par confiance dans l'obligation qu'a le médecin de garder le secret professionnel, et pour lui faciliter l'exercice de sa profession.

Quand le médecin se trouvera en face du problème difficile de garder d'un côté le secret, et de l'autre de respecter les droits d'une personne chargée du bien-être d'un mineur, il devra juger suivant les circonstances, et se laisser guider surtout par ce qu'il considérera être le plus grand intérêt des deux parties. Il devra avant tout être prudent et ne pas causer par sa confiance de dommage au mineur, dommage dont la possibilité est très éloignée dans les cas de ce genre.

La difficulté est plus grande lorsqu'il s'agit des domestiques ou serviteurs. Le médecin doit être extrêmement prudent. S'il est appelé par le maître pour traiter une servante, et qu'il s'aperçoit que celle-ci souffre d'une maladie qu'elle ne veut pas, dans les circonstances, laisser connaître à son maître, ses associés ou le public, il ne peut pas renseigner le maître qui l'emploie sans se rendre passible d'une action en dommages, à moins qu'il n'y ait un danger de contagion impossible à faire disparaître en éloignant immédiatement la servante.

(4) *Poursuite pour les services professionnels rendus.*

On discute aussi dans les auteurs la question de savoir si le médecin peut poursuivre pour ses honoraires lorsque, en le faisant, il doit divulguer des renseignements professionnels de nature à nuire au caractère du défendeur. On a soutenu dans cette province qu'un médecin n'a pas le droit de publier sur le compte des services qu'il a rendus la nature de la maladie dont il réclame le prix de traitement, quand cette publication est de nature à faire tort à son débiteur. (5 Q. L. R., p. 267).

Je suis peu enclin à partager sur ce point l'avis de quelques écrivains médicaux qui paraissent être d'opinion que le médecin, dans ces circonstances, doit sacrifier ses honoraires. Il n'y a certainement d'après notre système aucune nécessité pour lui à le faire. Il peut prendre son action simplement pour services professionnels rendus. (Dareau, *Traité des Injures*, T. T., p. 87). Si l'action est contestée, il n'a pas besoin dans son témoignage de ne rien affirmer en dehors du fait qu'il a rendu des services professionnels à certaines dates, pour une certaine période de temps, et que ces services avaient telle valeur déterminée. Il faut laisser le soin au défendeur lui-même de mentionner ou de faire dire, s'il le désire, la nature de ces services, ce qui fait alors entrer la question dans l'une des exceptions citées plus haut. Le fait que le défendeur demande ainsi le renseignement relève le médecin de l'obligation de garder le secret. Il est peu probable que cette question soit fréquemment soulevée, parce qu'un patient qui désire cacher la nature d'une maladie fera tout en son possible pour

empêcher la chose de venir en cour. D'un autre côté, le médecin ne poursuivra pas un individu incapable de payer.

(B) *Responsabilité civile du médecin pour négligence, imprudence ou manque d'habileté.*

J'ai déjà dit que le médecin est responsable de ses fautes, de sa négligence, de son imprudence ou de son manque d'habileté. Le médecin qui agit dans la limite de son art, avec une idée consciencieuse de l'excellence de sa méthode, n'encourt aucune responsabilité. La loi fixe les degrés par lesquels on acquiert le titre de médecin, mais elle n'exerce aucun contrôle sur l'exercice de la médecine. Celui qui a obtenu les diplômes d'une faculté de médecine est regardé, aux yeux de la loi, comme ayant les capacités nécessaires. C'est ainsi que la pratique de la médecine, au point de vue scientifique, ne porte aucune responsabilité. Mais la responsabilité existe quand une faute grave ou une négligence peut être imputée aux médecins. Le chirurgien qui pratique une opération alors qu'il est en état d'ivresse est responsable des conséquences; de même s'il n'a pas fixé les bandages d'une manière convenable; de même s'il commet une erreur matérielle, dommageable ou fatale dans sa prescription, ou s'il se rend coupable de quelque autre ignorance ou négligence grave. Un médecin ne sera pas poursuivi pour le fait seul qu'il a été trompé. Il sera tenu responsable, cependant, s'il a donné une prescription inaccoutumée en escomptant son efficacité. Cependant, la cour devra distinguer soigneusement entre l'audace insouciante et empirique et la confiance d'un savant ou d'un homme de génie. Car l'expérience du passé a prouvé plusieurs fois que de tels hommes peuvent être une génération en avant de leur temps. La cour devra considérer avec soin le raisonnement et les motifs de croyance sur lesquels le médecin aura établi un traitement inconnu jusqu'ici ou peu connu de la science médicale. (Daloz, Vo. Responsabilité No. 128).

On a jugé en France, en accord avec ce principe, que l'obstétricien qui ampute sans nécessité les deux bras à un enfant afin de délivrer la mère doit être tenu responsable en dommages. (Id. No. 129).

On devra noter que le médecin, pour faire légalement une opération chirurgicale, doit être autorisé par le patient ou le parent sous l'autorité duquel il se trouve. L'opération ne doit jamais, excepté en cas d'urgence, être pratiquée sans cette autorisation. Mais il n'est pas nécessaire, et ce n'est pas la coutume, que le médecin donne au patient une connaissance complète de tous les détails techniques de l'opération. Il lui suffit de l'appeler une opération chirurgicale faite dans tel ou tel but. Le soin de faire la preuve au sujet du consentement à l'opération repose sur le médecin. (Daloz, J. G., 1891, Vo. Responsabilité-Médecine).

Le médecin n'est pas obligé de répondre à tous les appels, mais il est responsable, lorsqu'il a entrepris de traiter un individu, pour tout dommage occasionné par un refus subséquent injustifiable de sa part. Il est peu probable qu'une question de ce genre soit soulevée. (Id. 131).

(C) *Responsabilité civile du médecin concernant les conversations confidentielles.*

Le médecin peut quelquefois se trouver embarrassé par une question confidentielle sur la réputation d'un confrère. On a soutenu "qu'une affirmation faite par une personne dans le cours d'une conversation privée avec le médecin de sa famille est privilégiée, surtout s'il n'y a aucune preuve de malice. (Sinn v. Marcus, 6 R. J. O. S. C. Tait, J., 1896)." On a soutenu aussi "qu'un médecin qui exprime de bonne foi, dans un bal, à un ami qui le consulte en passant, son opinion défavorable sur un traitement secret et nouveau adopté par un confrère pour l'accouchement des femmes sans douleur, et qui cite un cas où une

femme est morte après avoir subi ce traitement, renvoyant en même temps pour les détails à un troisième médecin appelé à l'accouchement, ne peut pas être accusé de diffamation, parce que la conversation est privilégiée." Il fut aussi soutenu "qu'une lettre au sujet de cette conversation, écrite par le défendeur en réponse à une lettre du plaignant, laquelle lettre lui demandait où il avait pris son renseignement, est aussi une confidence privée et privilégiée" (DeMartigny vs Mount, 21 R. L. 461, Pagnuelo, 1891, S. C.)

Le principe suivi était qu'une diffamation, pour être punissable, doit être publique. (Nouveau Denizart. Vo. Diffamation, p. 2, No. 1). Ainsi, ce que ces deux personnes se disent en conversant de ce qu'elles pensent d'une troisième personne ne les rend pas passibles d'une diffamation, par suite de la liberté naturelle qu'ont tous les hommes de communiquer leurs pensées à ceux qu'ils croient dignes de cette confidence, excepté toujours, cependant, le secret professionnel. (Voyez aussi dans le même sens Tellier, J., S. v. D., 18 R. L. 132). L'arrêt suivant semble être en contradiction avec la ligne de conduite générale de la jurisprudence. (De Cow vs. Lyons, R. J. Q. 4, S. C. 341). Un pharmacien, questionné par un client sur la position professionnelle occupée par le plaignant, médecin, répondit qu'il avait entendu dire que ce médecin avait ponctionné une femme pour de l'hydropisie, alors qu'en réalité elle était enceinte. La Cour Supérieure décida que cette conversation était privilégiée, mais la Cour de Révision annula cette décision sur le principe qu'il n'entrait pas dans le devoir du pharmacien de donner un tel renseignement à son client, que non seulement le renseignement était faux, mais que le pharmacien était officieux en le donnant. Il n'en avait jamais vérifié la véracité, ni même essayé de le faire.

Le jugement était basé sur le principe qu'une confidence entre individus, tout en étant de bonne foi, doit être juste et impartiale, sans rien exagérer et sans y introduire des remarques déplacées ou calomnieuses. Par conséquent, si un patient demande à son médecin des renseignements sur la réputation, ou l'expérience et l'habileté d'un autre médecin dans une spécialité quelconque, le médecin devra avoir soin de ne dire que ce qui est nécessaire pour aider le patient à faire son choix, et, s'il doit entrer dans les détails, d'être raisonnablement certain de l'exactitude du renseignement qu'il fournit.

CHAPITRE IV.

RESPONSABILITÉ CRIMINELLE DU MÉDECIN.

Le médecin est sujet à de certaines responsabilités vis-à-vis la loi criminelle.

(A) Opérations et traitement médical.

Le gardien le plus jaloux de l'honneur de la profession est forcé d'admettre que la mort quelquefois est due à un traitement médical ou chirurgical. Il arrive inévitablement que la force et la vitalité d'un côté, l'effet physique des médicaments ou des opérations de l'autre côté, sont mal calculés, et la mort en résulte. Le texte du Code Criminel est clair sur ce point. (C. C., sec. 57). Il se lit comme suit :

"Toute personne est à l'abri d'une responsabilité criminelle qui pratique avec un soin et une habileté raisonnables toute opération chirurgicale sur n'importe quelle personne pour son bien, pourvu qu'il soit raisonnable de faire l'opération, que l'on ait égard à l'état actuel du patient, et que l'on tienne compte de toutes les circonstances du cas."

L'article 212 est applicable ici :

"Quiconque entreprend (excepté en cas d'urgence) de donner un traitement médical ou chirurgical, ou de faire toute autre action légale, de nature à mettre la vie en danger, est sous l'obligation légale de faire cet acte avec une

connaissance, une habileté et un soin raisonnables, et est responsable criminellement s'il a omis, sans excuse valable, de remplir ce devoir, lorsque la mort est causée par cette omission."

La seule accusation qu'il soit possible de porter contre un médecin d'après ces articles de la loi est celle de *manslaughter*. c'est-à-dire l'action de tuer quelqu'un sans préméditation malicieuse ou en d'autres termes par suite d'une ignorance, d'une négligence ou d'un manque d'habileté criminels. Il y a donc, d'après le code criminel, trois points essentiels de protection pour le médecin :

1^o Un soin raisonnable.

2^o Une habileté et une science raisonnables.

3^o Une opération raisonnable dans l'état actuel du patient, et en tenant compte de toutes les circonstances du cas.

Malgré le caractère élevé de la profession médicale en cette ville, et bien qu'une opération entreprise sans les conditions énumérées plus haut soit peu probable, il peut arriver en tout temps à un chirurgien que l'ignorance ou la malice d'une tierce personne porte contre lui l'accusation d'homicide involontaire, lorsqu'une opération a été suivie de mort. C'est par conséquent, dans toute opération dont le résultat est douteux, un excellent principe à suivre que d'appeler un médecin en consultation et de ne faire l'opération qu'avec son approbation. Cette précaution devrait être prise même par les hommes les plus en vue de la profession.

(B) *Responsabilité du médecin pour complicité criminelle au premier ou au second degré.*

Ainsi que je l'ai dit plus haut, nous trouvons que le secret professionnel existe aussi en relation avec la loi criminelle. Il ne s'agit plus ici, cependant, d'une question concernant la conscience du médecin. Je suis persuadé qu'aucune profession dans le monde n'observe avec autant de sincérité et de rigueur ses devoirs et ses règles d'étiquette que la profession médicale. Par conséquent, lorsque le médecin se trouve en face de ce qu'il considère être une obligation publique d'aider à la découverte d'un crime, il se trouve dans une position extrêmement difficile. Ceci se présente surtout en rapport avec l'avortement, l'empoisonnement ou les soins donnés au criminel après son crime. En France, le code criminel (art. 30) exige que "Toute personne qui a été témoin d'un attentat contre la sécurité publique, soit contre la vie ou la propriété, doit en donner avis au ministère." Nous n'avons pas de loi semblable.

Le médecin, toutefois est poussé à donner les renseignements concernant un crime dont il a eu connaissance dans l'exercice de sa profession par deux motifs compris dans deux des exceptions données plus haut.

Le premier, c'est le désir d'éviter le danger d'être tenu comme aide ou fauteur de crime, ou complice au second degré.

Le second, c'est le désir de protéger la société contre le crime et de punir le criminel.

Notre propre loi efface toute distinction entre les auteurs principaux du premier ou du second degré, ou les promoteurs d'un crime (*accessories before the fact*) : et toutes personnes sont considérées comme auteurs principaux ou complices, également coupables, qui : (a) commettent virtuellement le crime ; (b) font ou omettent quoi que ce soit pour en faciliter l'accomplissement ; (c) aident à l'accomplir ou assistent à son accomplissement, ou (d) en conseillent ou provoquent la commission. (Crankshaw, Cr. Cod, sec. 61 et 62).

Si par conséquent le médecin se trouve en face d'une tentative d'empoisonnement, ou de ce qu'il croit être une tentative d'empoisonnement, mais continue son traitement en essayant d'en pallier les effets, et ne fait rien pour en supprimer la cause, il se place légalement dans une position dangereuse et très peu sûre au point de vue professionnel.

Les conclusions sont à peu près les mêmes en cas d'avortement. Les membres distingués de la profession auxquels j'ai l'honneur de m'adresser, appelés en consultation, au dernier moment, pour sauver une malheureuse femme, ne se rendent pas compte du danger qu'ils courent d'après la loi criminelle. Ils agissent de bonne foi, pour sauver un être humain, mais cela au risque très grave d'être considérés, au sens stricte de la loi, comme complices dans un crime. Ils devraient toujours se rappeler qu'ils sont coupables aux yeux de la loi s'ils se trouvent le moins concernés, même lorsque c'est pour des motifs purement professionnels, et que leur oubli de prévenir les autorités soulève une présomption d'intention criminelle.

“ Un complice au second degré (*accessory after the fact*) dans une offense c'est celui qui reçoit, encourage ou aide toute personne qui a été partie dans cette offense, afin de lui permettre de se sauver, et sachant qu'elle a été partie dans la dite offense ” (Code Cr, sec. 63). Ces complices ne sont pas considérés comme auteurs principaux, et subissent leur procès séparément.

On ne devient pas complice au second degré en négligeant simplement de prévenir les autorités qu'un crime a été commis ou en s'abstenant d'arrêter le coupable. (1 Hale, P. C., 618, 619). Le critérium d'un complice au second degré semble résider dans le fait qu'il aide personnellement et d'une manière active le principal auteur à échapper à la punition, comme par exemple, en lui fournissant de l'argent et de la nourriture pour lui permettre de se cacher, ou un cheval pour lui permettre de fuir ceux qui le poursuivent, ou une maison ou autre refuge pour se mettre à l'abri, ou encore en le protégeant par force ouverte ou violence. (1 Bishop, New Cr. L. Com, p. 422 : 4 Bl. Com. 38).

Il est évident par conséquent qu'un médecin n'est aucunement menacé d'une accusation criminelle pour panser les plaies d'un meurtrier, ou le recevoir et le traiter dans un hôpital et en même temps garder le silence. Il n'est pas responsable non plus s'il assiste et soigne une femme souffrant des suites d'un avortement *déjà accompli*, ou encore un individu ayant tenté de se suicider. Il devra avoir grand soin, cependant, de ne rien faire qui tente à protéger ou cacher le coupable, ou à dérouter les efforts des officiers de justice chargés de l'arrêter. Il devra, quand il en sera requis, leur donner tous les renseignements qui peuvent leur être utiles.

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail, je crois, de discuter la question de savoir si le médecin doit donner les renseignements, concernant les crimes ou tentatives de crime, qu'il a obtenus dans l'exercice de sa profession, lorsque sa position vis-à-vis la loi criminelle est sûre, et sa réputation professionnelle à l'abri. Ceci n'est pas seulement une question d'étiquette médicale, mais encore de morale; elle n'entre pas dans le domaine d'une discussion légale. Les juristes médicaux discutent la question pour et contre, très au long, et diffèrent considérablement d'opinion. Ils font même des distinctions subtiles. Par exemple, Trébuchet, dans sa “Jurisprudence de la Médecine,” croit qu'en cas d'avortement le médecin doit garder le silence si c'est évidemment la première offense, et si la révélation doit ruiner une famille honorable; mais qu'il doit révéler le crime s'il est commis sur une femme de mauvaise réputation par des gens qui en font une pratique habituelle. D'un autre côté le juge Hawkins, dans son réquisitoire dans la cause de Kitson vs Playfair, considère que dans l'un ou l'autre cas c'est *monstrueux* de donner des renseignements, pourvu que le médecin personnellement ne court aucun risque en gardant le silence. Les médecins cependant devront, sur cette question, prendre en sérieuse considération jusqu'à quel point, par leur silence, ils rendront ce crime plus fréquent et plus facile à accomplir.

La même remarque s'applique aux cas où le médecin possède des renseignements précieux pour les autorités lorsque celles-ci sont à la recherche de l'auteur d'un crime lâche. Les auteurs s'accordent tous, avec raison, pour considérer

que c'est pour le médecin un devoir de premier ordre, effaçant tous les autres, de prévenir la justice, lorsqu'il peut par cette action sauver la vie à son semblable.

Dans tous ces cas, le médecin n'encourt aucune responsabilité en dommages. Il doit d'abord être certain des faits, raisonnable dans ses soupçons, et agir de bonne foi et sans malice. Il n'est jamais nécessaire de déposer une accusation publique en cour de police. Il suffit d'avoir avec le magistrat de police une conversation privée et confidentielle. En jetant ainsi sur l'activité la responsabilité de faire une enquête subséquente et de prendre des procédures criminelles, le médecin remplit son devoir envers le public et la société. En cour criminelle, il paraît comme un témoin ordinaire, par ordre de la cour.

Il n'y a pas de plus noble profession que celle de la médecine. Guérir le malade est une mission divine. Les médecins du monde entier sont renommés pour leur charité, leurs idées élevées et la sincérité de leurs efforts dans le soulagement de la race humaine. Mais il leur faut quelquefois regarder en dehors du cercle immédiat de leurs actions et se rendre compte qu'ils sont en même temps de simples membres de ce grand tout complexe, la Société, qui demande pour exister la collaboration d'un chacun de nous.

De la dyspnée dans la pleurésie avec épanchement—Dans une de ses cliniques M. le professeur DIEULAFOY a insisté sur ce fait que la dyspnée ne se montre pas habituellement dans la pleurésie avec épanchement. Quand ce symptôme apparaît, surtout si l'épanchement est peu abondant, il faut songer à la possibilité d'une pleurésie diaphragmatique, d'une congestion pulmonaire, d'une endocardite, ou même d'urémie.

La variole jusqu'à aujourd'hui

Notification réciproque des
Conseils d'Hygiène
De l'Amérique du Nord

MONTRÉAL, 6 AOUT 1897.

Aux Secrétaires des Conseils d'Hygiène d'État et de Province,

L'état actuel de la variole dans la Province est le suivant :

Comté	Municipalités	Popula- tion	Date de l'éclo- sion	Cas depuis l'éclo- sion.	Morts	Guéris.	Encore malades	Maisons infectées depuis l'éclou- sion.	Maisons encore infectées.
.....	Ville de Montréal	240.000	2 juillet	4	3		1	3	0 *
	Hochelaga Westmount	6.000	26 "	3			3	1	0

Deux cas douteux venant des maisons d'abord infectées sont tenus en quarantaine, sous surveillance.

Deux nouveaux cas se sont déclarés dans la même famille de Westmount.

A vous respectueusement,

ELZÉAR PELLETIER,

Secrétaire du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec.

* Excepté l'Hôpital civique.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

LA MENSTRUATION DANS SES RAPPORTS AVEC
LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE

PAR J. H. KEIFER

Travail fait à l'Institut universitaire de Physiologie et à la Clinique
médico-chirurgicale de Bruxelles

Ce n'est guère que lorsque la structure histologique intime du rein fut connue, lorsque l'activité du glomérule et celle de l'épithélium rénal furent élucidées, qu'on put enfin apprécier, dans ses phénomènes locaux et éloignés, la fonction urinaire au point de vue de la pathologie générale.

Dans un même ordre d'idées, pour pouvoir analyser clairement l'influence de l'appareil génital féminin sur l'organisme entier, j'ai cherché à connaître la véritable signification de ce phénomène resté si obscur, la menstruation.

Qu'est-ce que la menstruation au sens anatomique et physiologique du mot ?

Cette question ayant fait l'objet d'un travail paru dans les *Annales de la Société obstétricale de France*, je me contenterai d'en donner ici le résumé nécessaire à la compréhension de cette étude clinique.

Il existe trois zones dans la paroi de l'utérus, l'une, externe constituant la couche musculaire longitudinale adjacente au péritoine, l'autre, moyenne, formant la couche musculaire interne; enfin une troisième, interne, regardant la cavité utérine et constituant la muqueuse utérine avec ses tubes glandulaires.

Ces trois zones sont sillonnées de vaisseaux artériels et veineux de différents calibres. On distingue toutefois qu'ils affectent une disposition relative systématique, en réalité fort simple.

1° Entre la couche musculaire longitudinale et celle des fibres circulaires, on voit un vaisseau artériel volumineux cheminer en ondulant à la limite de ces couches musculaires et leur fournissant, tant du côté péritonéal que du côté muqueux, des rameaux dont la direction générale est perpendiculaire à la sienne propre. Ces rameaux sont nourriciers pour le tissu musculaire et le péritoine dans lesquels ils se terminent, ou bien ils s'anastomosent avec le système artériel de la deuxième zone, système également puissant, à direction parallèle au premier, circulant entre la muqueuse et la zone de fibres circulaires et fournissant soit des rameaux musculaires soit des rameaux muqueux.

2° Les branches muqueuses, issues de ce second système, cheminent parallèlement aux glandes tubuleuses, fournissent des artérioles et des capillaires à la partie contournée, profonde de ces glandes, ensuite à la partie droite, tubuleuse, enfin à l'épithélium de la cavité utérine.

Des capillaires glandulaires artériels part le réseau glandulaire veineux qui effectue le même trajet, en sens inverse, que le système artériel, mais au moyen de vaisseaux plus rares, d'un plus grand diamètre, se terminant dans de véritables troncs veineux lagunaires situés, comme les artères principales, entre les deux couches musculaires.

Les glandes utérines sont des glandes tubuleuses typiques, pourvues d'un épithélium cylindrique nucléé à sa base et enveloppé par les mailles irrégulières des capillaires comme d'un véritable réseau tubuleux. Ces glandes ont, au niveau de l'épithélium utérin, un orifice excréteur circulaire; elles suivent un trajet onduleux généralement oblique ou perpendiculaire à la surface muqueuse, puis se contournent, se pelotonnent dans la profondeur, près du tissu musculaire où elles laissent fréquemment pénétrer leur portion terminale aveugle.

C'est cette portion terminale qui échappe à la chute de la muqueuse ou au curetage utérin et qui sert à sa régénération.

La disposition vasculaire que je viens d'esquisser est bien celle observée chez la chienne, mais on retrouve la même disposition chez les autres mammifères à quelques détails près, et notamment chez la femme ; chez elle les gros vaisseaux se trouvent dans une couche musculaire spéciale, à *fibres arciformes* entourant ces vaisseaux, liées exclusivement à leur fonction ; mais cette couche spéciale occupe, relativement aux autres zones, la même position que les troncs vasculaires principaux chez la chienne.

Il importe également de savoir que la paroi vasculaire est intimement unie au tissu musculaire, et qu'elle se réduit dans les capillaires à un simple endothélium et que, par conséquent, il existe une dépendance fonctionnelle absolue entre les actes vasomoteurs et les réactions musculaires de l'utérus. On pourrait dire qu'au point de vue physiologique l'utérus est une expansion énorme des parois vasculaires et qu'il est tout entier sous l'action *immédiate* de l'innervation vaso-motrice.

Cette manière d'envisager la connexion si intime des vaisseaux et de la fibre lisse de l'utérus rend bien compte des réactions émotives, traumatiques, chimiques, si fréquentes, si brusques de cet organe et la facilité avec laquelle se font les fausses couches (vaso-constrictions) et les hémorragies (vaso-dilatations), actions généralement combinées.

Quel est maintenant le mécanisme fonctionnel de cet appareil à la fois musculaire, vasculaire et glandulaire envisagé en dehors de sa fonction motrice obstétricale ?

Pendant la période intermenstruelle il se produit, avec ou sans le concours de très légères contractions indolores, une élimination plus ou moins abondante des produits muqueux sécrétés par les glandes tubuleuses.

À l'approche de la menstruation, au contraire, il s'établit, sous l'influence d'actions que nous ne chercherons pas à analyser au cours de ce travail, une congestion vasculaire artérielle et veineuse extrêmement intense, une surnutrition manifeste, une imbibition extrême de tous les tissus.

Les tubes glandulaires habituellement peu visibles dans le premier état, ainsi que les vaisseaux ordinairement serrés les uns contre les autres se dissocient en quelque sorte, ne s'écrasent plus, étalent leur ramification, leur structure dans une substance fondamentale plus abondante, plus riche, bref apparaissent au microscope dans un état remarquable de nutrition, montrant leurs moindres détails histologiques, alors que précédemment ils étaient tassés, confus, difficiles à analyser.

Nous savons d'autre part, par des recherches antérieures sur la physiologie musculaire et nerveuse de l'utérus, que les couches de fibres lisses se contractent alternativement ou simultanément d'une manière coordonnée, donnant ainsi naissance à de véritables ondes péristaltiques destinées à l'expulsion des produits utérins. Nous savons aussi que le liquide menstruel physiologique, tant chez la chienne que chez la femme, est constitué d'une substance liquide à réactions comparables à celles du sérum sanguin et d'éléments figurés provenant également du sang.

De ces faits anatomiques et physiologiques, ainsi que des résultats que m'ont fournis de récentes expériences sur les vaisseaux utérins, j'ai pu tirer les déductions suivantes :

À l'époque de la menstruation, alors que les ondes péristaltiques et la congestion de l'utérus sont très marquées, la contraction de la couche musculaire externe refoule tout le sang contenu dans ses vaisseaux vers la muqueuse utérine qu'elle gorge de sang artériel jusque dans ses plus fins réseaux capillaires, par conséquent autour de ses glandes. Suit bientôt, dans l'ordre de contraction, l'action constrictive, de la couche musculaire interne circulaire, à effet sphinctérien. Il en résulte une augmentation de pression considérable pour tout le système vascu-

laire de la muqueuse qui se décharge par deux procédés : 1° par filtration du sang à travers l'endothélium vasculaire et l'épithélium glandulaire, 2° par écoulement par la voie veineuse, le sang quittant la muqueuse pour retourner vers la périphérie, vers la couche musculaire externe où se trouve les troncs veineux principaux.

Le mouvement alternatif, réalisé dans le péristaltisme utérin par les contractions et les dilatations successives des couches musculaires, établit un véritable jeu de pompe foulante et aspirante dont bénéficie continuellement la circulation muqueuse glandulaire au niveau de laquelle se fait le phénomène menstruel.

Celui-ci consiste vraisemblablement en une véritable sécrétion. Les substances hématiques destinées à être éliminées au cours de la menstruation, circulent en ce moment avec le sang dans tout l'utérus et ses annexes, et il n'est pas douteux que l'endothélium vasculaire et l'épithélium des glandes utérines laissent filtrer à travers leurs parois, en exerçant sur eux une action éminemment élective, peut-être modificatrice, non seulement les substances liquides, mais aussi les éléments figurés, les globules blancs et rouges qui apparaissent dans le sang menstruel par un phénomène de diapédèse.

Cette action élective, modificatrice, est un acte purement sécrétoire ; il donne au phénomène menstruel sa signification propre.

Ce processus se retrouve identique dans la sécrétion urinaire, dans la sécrétion sudorale et bien d'autres. Il est banal. Il procède des mêmes éléments anatomiques mais d'éléments chimiques différents des autres sécrétions.

Dans les conditions physiologiques ordinaires, il s'exerce sans la moindre lésion des capillaires ou des glandes utérines et, lorsqu'une telle lésion existe, les troubles qu'elle entraîne sont du même ordre que celles amenées par une lésion de l'endothélium rénal. On peut dire, à cet égard, que si le sang menstruel se coagule, la fibrine ou le fibrinogène qui en est la cause et qui a pu se livrer passage par quelque brèche, est au liquide menstruel comme l'albumine est à l'urine.

La valeur et la signification de la menstruation ainsi comprises, nous permettent aussitôt de saisir complètement tout un côté resté obscur de la pathogénie génitale, de déduire l'influence qu'elle exerce sur la pathologie générale et le mécanisme de cette influence.

Il est certain qu'au moment où la menstruation va se produire chez un mammifère, l'organisme cherche à se débarrasser d'une substance spéciale, accumulée momentanément dans son appareil circulatoire, et cela par une voie spécifique, l'utérus.

Si l'on étudie la muqueuse utérine à toutes les périodes de la vie génitale, on ne trouve pas que son épithélium soit le siège d'une sécrétion spéciale autre que cette substance muqueuse incolore, translucide, rare, que nous observons chaque jour à l'orifice du col utérin. Nous pouvons donc difficilement admettre que ce soit l'utérus seul qui le fasse, par sa propre fonction, ces éléments chimiques retrouvés dans le liquide menstruel.

Nous croyons, pour toute une série de raisons exposées ailleurs, que cette substance, accumulée à un moment donné dans le système circulatoire génital est élaborée par l'organisme tout entier, dans un but nutritif et génésique, et que sa voie d'élimination spécifique est précisément l'épithélium utérin que nous venons de décrire, comme les glandes cutanées sont la voie d'élimination des éléments de la sueur.

Cette élimination n'est ni une hémorragie, ni un épanchement, ni une simple extravasation, c'est une sécrétion.

De même que les propriétés chimiques de l'urine révèlent le type nutritif des tissus éloignés du rein, de même, les qualités du liquide menstruel doivent refléter le chimisme des divers organes de l'individu. Et de fait, ne voyons-nous pas que la couleur, l'odeur, l'acidité, l'alcalinité, la richesse en CO² de cette substance, pour ne citer que les caractères physiques et chimiques grossiers,

varient de l'un à l'autre et d'une période à l'autre chez la même personne, suivant l'état d'anémie ou de pléthore, de fatigue ou de vigueur, de nutrition parfaite ou de maladie ?

Il ne s'agit pas d'une fonction locale, inhérente à l'utérus et à ses annexes exclusivement ; la menstruation paraît être l'expression ultime excrémentielle de phénomènes sécrétoires internes se passant dans tout l'organisme.

Que cette substance entraîne avec elle au cours de sa formation et pour être éliminées avec elles, d'autres substances, reliquats plus ou moins toxiques de la nutrition générale et que l'organisme a intérêt à expulser, la chose paraît d'autant plus probable qu'une telle combinaison trouve de multiples analogies dans les suppléances effectuées par d'autres émonctoires.

Quoi qu'il en soit, si le liquide menstruel est influencé dans sa composition par les actes nutritifs qui se passent dans les moindres parcelles de tissus éloignés, dans l'ovaire par exemple, on peut observer aussi que l'acte sécrétoire de la menstruation, dans ses moindres détails, exerce sur toutes les fonctions de l'individu une action puissante.

Depuis la morphologie du squelette, à l'âge du développement génital jusqu'aux phénomènes psychiques de la femme au déclin de la vie sexuelle, toutes les fonctions peuvent être déviées, altérées, troublées, dans leur mécanisme normal par le manque d'intégrité de l'émonctoire utérin.

Altération de l'épithélium et de l'endothélium utérin.—Il suffira d'une altération quelconque de l'endothélium vasculaire des capillaires de la muqueuse, ou de l'épithélium glandulaire pour que des éléments autres que les substances menstruelles, l'albumine, la fibrine, le fibrinogène, par exemple, filtrent et s'éliminent au dehors et pour que la menstruation soit pathologique et entraîne un degré plus ou moins marqué d'anémie.

Altération du sang.—L'altération épithéliale pourra être due à l'inflammation catarrhale, à une cause microbienne, à une compression quelconque ; elle pourra être due aussi à l'altération constante du sang lui-même, à l'anémie aiguë, au diabète, à la goutte qui pourront empêcher le phénomène sécrétoire électif de l'endothélium de s'exercer.

Dans ces conditions les troubles observés seront plutôt dus à un excès d'élimination menstruelle.

Altération de la fonction nerveuse de l'utérus.—Tout différents seront les symptômes s'il existe un trouble de l'innervation médullaire, ou dans le système vaso-moteur de l'utérus.

Il peut exister une paralysie de l'organe utérin ou une incoordination entre l'influx nerveux et les réactions motrices, se manifestant sous forme de contractions spasmodiques, de relâchements brusques, ou d'un véritable tétanisme de l'utérus et s'opposant ainsi à une régulière élimination des produits sécrétés.

Altération de la fibre lisse de l'utérus.—La fibre musculaire lisse, de son côté, peut avoir perdu son pouvoir contractile à raison de dégénérescence fibromateuse, graisseuse ou autre, et indépendamment de toute altération nerveuse centrale, ou périphérique. Dans ces divers cas les excitations normales médullaires et sympathiques resteront sans réponses, et l'utérus congestionné demeurera inactif par incapacité nerveuse, musculaire ou sécrétoire.

Tous les degrés de ces diverses formes étiologiques pourront se manifester successivement ou simultanément pendant la même période menstruelle.

C'est ainsi qu'après un début normal de menstruation éclatera un arrêt brusque et par contracture suivie de spasmes, de relâchements utérins alternatifs et enfin d'une métrorragie profuse caractérisant le cycle habituel des troubles nerveux profonds dans le domaine de musculature volontaire ou lisse : contraction tétanique, secousses cloniques, paralysie.

Quelle que soit la forme qu'affectent l'arrêt de la menstruation et les détails de celle-ci, le syndrome général, qui résulte de l'absence du phénomène, se retrouve constant si l'on veut se donner la peine de le découvrir. Et puisque j'ai

cherché dans la fonction urinaire un parallèle de comparaison avec celle de la menstruation, il est logique que je compare aussi l'urémie avec la ménorrhémie.

L'urémie complète a été réalisée expérimentalement par Lépine, qui, faisant passer un courant de sérum artificiel sous pression au moyen de deux sondes placées dans les uretères, a refoulé dans l'organisme non seulement les éléments urinaires élaborés, mais la sécrétion interne du parenchyme rénal.

Les symptômes qui éclatent bientôt et qui aboutissent fatalement à la mort, sont ceux de l'intoxication aiguë par les poisons urinaires.

Sans avoir, et de beaucoup cette gravité de l'urémie, lorsque la menstruation a débuté, c'est-à-dire que les substances menstruelles destinées à être expulsées ont eu le temps de se former, de s'accumuler dans l'émonctoire utérin, et qu'une des causes énumérées vient entraver l'action glandulaire de la muqueuse, la résorption inévitable de toutes ces substances par l'organisme détermine également, comme dans l'urémie ou comme chez les animaux vernissés, des symptômes de l'ordre des auto-intoxications.

Si on les analyse, on reconnaît bientôt que ce sont surtout des troubles vasomoteurs et des troubles nerveux.

A. Vasodilatation, congestion passive des organes du petit bassin, et souvent de tout l'intestin; palpitations cardiaques, bouffées de chaleur, mouches volantes, pâleur et rougeur subites, sueurs froides brusques, congestions viscérales diverses, gonflement mammaire, sécrétions glandulaires cutanées exagérées, congestion des cicatrices et des lésions dermiques (eczéma, navus, angiome)

B. — Anorexie, nausées, vomissements, céphalalgie, courbature, zones douloureuses lombaire, sacrée, hypogastriques, fémorale, interscapulaire; troubles pupillaires, somnolence, troubles de la thermo-génèse, troubles psychiques variés momentanés pouvant aller jusqu'à la démence chez les prédisposés.

Enfin, on remarque souvent un abattement considérable, une réelle incapacité au travail, et aussi une odeur *sui generis* spéciale, très désagréable, qui se dégage non seulement de l'air expiré mais aussi de toutes les sécrétions.

Tel est le tableau clinique général, le syndrome complet de la résorption menstruelle. Ce qui domine c'est la congestion passive, la vaso-dilatation: les malades sentent toute la région abdominale singulièrement gonflée et on observe d'ailleurs du météorisme intestinal; il y a de la constipation alternant avec de la diarrhée. Les veines abdominales se dessinent nettement, la muqueuse vaginale est blennorrhagique. Les fonctions digestives sont altérées. S'il existe concurremment une affection quelconque, celle-ci se trouve aggravée. Le tableau clinique de la maladie constatée la veille par le médecin est altéré dans son ensemble. On remarque une indécision de tous les symptômes, un déséquilibre absolu entre eux. Le diagnostic et le pronostic restent confus tant que la décharge utérine ne s'est pas produite, tant que dure l'auto-intoxication menstruelle. Les phlegmasies s'exagèrent, la température s'élève. Cependant, parmi les symptômes qui accompagnent la ménorrhémie, il en est qui ne sont pas d'ordre pathologique, qui existent seuls, qui dominent au contraire la scène lorsque l'écoulement cataménial s'effectue presque normalement; ce sont les phénomènes d'excitation génésique, d'excitation musculaire, d'excitation sécrétoire, phénomènes assurément physiologiques qui révèlent l'influence utile, excito-motrice de la sécrétion menstruelle sur l'organisme, mais qui sont fréquemment masqués, altérés par la résorption cataméniale.

Passons en revue maintenant les périodes de la vie génitale où apparaissent le plus souvent les troubles dont je viens de parler.

Puberté.—Au moment où apparaissent les premières règles chez la femme il semble que, dans la grande majorité des cas, l'utérus soit imparfaitement organisé pour leur élimination complète. Cette fonction reste mal équilibrée pendant une période de temps parfois fort longue, plusieurs années. Elle manque de périodicité, et on voit apparaître tantôt la métrorragie, tantôt la ménorrhémie

avec tout son cortège de symptômes décrits. Pendant ce temps l'hématopoïèse est profondément troublée soit par les *toxines* non expulsées, soit par l'excès, la fréquence de la menstruation.

Je dis *toxines*, parce que les symptômes sont d'ordre toxique, parce que nous savons aujourd'hui que toutes les sécrétions, lorsqu'elles sont sur le point d'être éliminées, qu'elles n'appartiennent plus à la cellule vivante, acquièrent rapidement une toxicité extrême lorsqu'elles rentrent dans la circulation.

Les intoxications biliaires, urinaires, surrénales, thyroïdiennes, en sont des preuves cliniques et expérimentales

D'autre part, Charrin a montré que le sang de la femme, au moment de la menstruation, possède un maximum de toxicité. En outre, les expériences que je poursuis en ce moment sur l'action de l'extrait menstruel sur les mammifères, m'ont fourni assez d'éléments pour que le terme *toxine* soit ici justifié.

A la puberté donc, nous pensons avec Charrin que les troubles enregistrés appartiennent à une auto-intoxication d'origine génitale. Ce qui vient encore à l'appui de cette manière de voir, c'est la cessation de tous ces phénomènes lorsqu'une vie génitale plus intense, le mariage, par exemple, vient développer l'appareil génital, lui donner toute sa valeur, régulariser et compléter son activité fonctionnelle.

L'anémie des jeunes filles, si souvent rebelle à la thérapeutique martiale, ne guérit-elle pas spontanément avec le mariage ?

Cette phase nouvelle de la vie sexuelle apporte cependant avec elle d'autres occasions de déviation menstruelle.

Grossesse.—Le début de la grossesse caractérisé par l'aménorrhée, les nausées, les somnolences, les dégoûts, les troubles psychiques n'est pas selon nous, comme cela est soutenu encore de nos jours, un phénomène réflexe dû à la présence de l'œuf dans l'utérus. Sans méconnaître l'influence réflexe que peut avoir même un corps étranger dans l'utérus sur le sympathique et le pneumo-gastrique, j'ai la conviction que l'aménorrhée seule est l'origine causale des phénomènes dit sympathiques de la grossesse. Ceux-ci n'entrent-ils pas tous dans le tableau clinique de *ménorrhémie* ?

Chez la plupart des femmes, il s'établit peu à peu une accoutumance au poison menstruel ; les nausées, les vomissements, pour ne parler que de ce signe, cessent plus ou moins vite suivant les susceptibilités individuelles, suivant aussi la suppléance des autres émonctoires, la peau, le poumon, le rein, l'intestin.

Chez quelques-unes l'intolérance paraît absolue, les vomissements deviennent incoercibles. On ne leur rendra la santé qu'avec le retour de la fonction cataméniale, l'avortement est parfois nécessaire.

Chez d'autres enfin, il semble que les *toxines* génitales s'accumulent dans l'organisme, prêtes à exercer leur action non pas lentement, mais d'une manière foudroyante.

Accouchement.—Je pense que les accès d'éclampsie qui éclatent précisément au moment où l'utérus reprend sa fonction éliminatrice, c'est-à-dire au moment de l'accouchement, que ces accès, dis-je, sont sous la dépendance de ces *toxines* accumulées pendant toute la grossesse par suite d'un défaut d'émonction par les autres organes.

Toutes les lésions, si variables, si complexes, trouvées à l'autopsie de la mère et du fœtus éclampsiques, peuvent être et ont été rapportées à une intoxication d'origine inconnue. Cette origine me paraît être exclusivement menstruelle.

Des recherches expérimentales seules pourront dire ce que vaut cette théorie de la pathogénie de l'éclampsie que je soumetts à votre appréciation.

Lactation.—Après l'accouchement, s'il n'y a pas d'allaitement, la menstruation reparaît bientôt, régulière, et tous les phénomènes toxiques s'évanouissent.

Si, au contraire, la sécrétion lactée est utilisée par l'enfant, l'aménorrhée est constante. La nutrition générale de la nourrice paraît bien équilibrée dans ces conditions ; la fonction génitale semble complètement abolie au profit de

l'activité des glandes mammaires. Mais que la menstruation réapparaisse en ce moment chez la nourrice, et j'ai pu me convaincre que cela se produit souvent après la reprise de la vie sexuelle, notamment vers la fin de la lactation, et brusquement se manifestent chez la nourrice et le nourrisson des signes pathologiques, sur lesquels mon maître, M. Budin, a si bien attiré l'attention dans une communication à la Société obstétricale de France.

La céphalalgie, l'abattement, des troubles digestifs et une diminution notable de la sécrétion lactée en quantité et en qualité s'observent chez la nourrice ; des vomissements, de la diarrhée, de l'amaigrissement chez l'enfant. Faut-il insister à nouveau ici sur l'étiologie de ces phénomènes ? Avec le retour de la fonction génitale s'effectue de nouveau la sécrétion génésique interne et comme celle-ci s'élimine mal, chez la nourrice, par une menstruation vraisemblablement insuffisante, il s'établit une résorption plus ou moins marquée de ses toxines, résorption capable d'altérer la sécrétion mammaire et par suite les voies digestives de l'enfant et de nécessiter le sevrage.

Enfin, au déclin de la vie sexuelle, lorsque les lésions de sénescence viennent entraver petit à petit les actes sécrétoires de l'appareil génital, on assiste au développement du tableau clinique de la ménopause. Il est lent ou brusque suivant les conditions anatomiques de l'utérus et des autres glandes du corps. Il apparaît dans toute sa gravité essentielle ou il aggrave particulièrement l'une ou l'autre maladie constitutionnelle de la femme.

Je ne m'arrêterai pas à en décrire les multiples manifestations ; cela a été fait tout récemment dans le bel ouvrage si complet et si intéressant de Leith Napier. Qu'il me suffise de rapporter les symptômes de la ménopause à la même pathogénie que les troubles que nous venons d'étudier. Cette conception étiologique se justifie d'autant mieux que l'on a pu, dans ces dernières années, l'observer, la vérifier sur des milliers de cas de ménopause précoce, artificielle, créés par l'hystérectomie totale.

En effet, si à une époque de la vie qui correspond à l'extinction physiologique de la sécrétion sexuelle interne, la sénilité génitale empêche la menstruation de s'éliminer facilement, à plus forte raison la castration utérine, effectuée en pleine activité sexuelle, viendra-t-elle nous montrer les symptômes de l'auto-intoxication menstruelle.

Les phénomènes de déviation du chimisme nutritif observés chez les castrats féminins, chez les femmes atteintes de ménopause, comme chez celles où l'appareil sexuel a subi une anomalie congénitale de développement (infantilisme, nanisme, gigantisme, hermaphrodisme), montrent clairement la signification du rôle nutritif que joue l'utérus comme organe glandulaire chez les mammifères.

(L'obstétrique)

Du traitement abortif de l'urétrite blennorragique.—M. le Dr PAQUET a publié, dans le *Nord Médical*, un article sur le traitement abortif de la blennorragie uréthrale. On sait que trois méthodes ont été préconisées dans ce but : le nitrate d'argent à hautes doses, les solutions antiseptiques faibles, enfin le permanganate de potasse. M. PAQUET, se basant sur les travaux de l'École de Nècker et sur des faits personnels qu'il rapporte, rejette les deux premiers moyens et conseille les lavages au permanganate de potasse à 1/2000, jusqu'à disparition complète des gonocoques, suivis de lavages au nitrate d'argent de 1/2000 à 1/500 jusqu'à sécheresse absolue du canal. Cette méthode ne doit être employée que lorsque l'urétrite est encore cantonnée à l'urèthre antérieur, c'est-à-dire pendant les 18 premières heures de l'écoulement. Passé ce temps, on s'exposerait à des insuccès ou à des complications du côté de la prostate, de la vessie ou des testicules.

REVUE D'HYGIÈNE

L'EFFICACITÉ DE LA VACCINATION

La variole fait une nouvelle apparition à Montréal, venant jusqu'ici de source inconnue. Au moment où nous écrivons cet article, on compte cinq cas bien caractéristiques, dont trois sont morts : le capitaine Goddard, un jeune Charbonneau et le bébé St-Ours. Il est fort probable que de nouveaux cas vont se déclarer, car nous ne croyons pas que le département d'hygiène de la ville puisse lutter avec la rapidité et l'efficacité voulues contre l'hostilité têtue et malveillante des parents des malades. Nous voyons, en effet, par les journaux de ce soir, que la femme St-Ours est disparue de l'hôpital civique, et que la femme Irving, dont le petit garçon est atteint de variole, est allée avec ses autres enfants se placer dans un hôtel de cette ville. On se rappelle que les parents du jeune Charbonneau avaient fait venir de St-Lin une femme et sa fille, des parents ou des amis, pour avoir soin du jeune malade. La bêtise humaine est sans limite et se renouvelle constamment.

En 1885, l'année de néfaste mémoire, la mortalité totale pour la ville de Montréal fut de 7,825, dont 3,164 de variole. Depuis, en 1891, la terrible maladie tenta d'envahir la province ; mais grâce à l'intervention énergique du Conseil Provincial d'Hygiène, elle fut enrayée rapidement. Il y eut 151 cas, dont 30 moururent. Nous conseillons beaucoup à nos lecteurs de relire, dans le premier rapport du Conseil (1895), l'histoire de la fille Bujold, qui dissémina la maladie depuis Sherbrooke jusqu'à Bonaventure (page 25) ; elle est instructive à plus d'un point de vue. Au mois de janvier 1896, un cas de varioloïde fut signalé à St-Armand, sur la frontière américaine, et demeura solitaire. La présente éclosion de la maladie a commencé dans les premiers jours de juillet.

Inutile de dire que si elle devait s'étendre davantage, le résultat serait désastreux. Maintenant, beaucoup plus qu'en hiver, les relations entre voisins sont faciles et fréquentes, de même qu'entre les populations urbaines et rurales, et facile aussi, par conséquent, est la propagation des maladies contagieuses. La marche d'une épidémie ne pourrait être que rapide, et très probablement meurtrière. Le commerce, qui commence à se relever, immédiatement s'en ressentirait, et certaines organisations, comme, par exemple, la réunion de l'Association Médicale Britannique, seraient fort compromises. La présence du drapeau jaune sur une ville se traduit toujours par une perte de vies et par une perte d'argent.

Il est donc de la plus grande importance d'empêcher la propagation de la variole. Et l'on n'y réussira pas simplement par l'isolement et la désinfection, qui sont certes très nécessaires, mais qui sont avant tout des moyens d'organisation publique. Pour nous, le moyen le plus efficace, parce que c'est à la fois un moyen social et un moyen individuel, c'est la vaccination.

Nous avons déjà parlé longuement, au mois d'avril de l'année dernière, de cette question. (1). Vers la même époque, le 14 mai, date du centenaire de la découverte de Jenner, le professeur Adami, dans une conférence faite aux médecins qui suivaient à McGill les cours du *Post graduate*, disait à ce sujet :

“ Mais nous pouvons affirmer avec certitude, premièrement, qu'une seule

(1). *L'Union Médicale du Canada*, 1896, page 232.

vaccination protège contre la picote pour au moins quatre ans, et pour une plus longue période chez la moitié des individus; deuxièmement, que la re-vaccination réduit à presque rien la possibilité de l'infection par la picote; troisièmement, que l'individu vacciné, et *a fortiori* re vacciné, s'il est atteint par la picote, ne contracte qu'une forme bénigne et modifiée de la maladie; quatrièmement, que l'emploi de la lymphé de veau glycéinée et bien préparée est le moyen d'introduire dans l'économie un virus non contaminé et de réduire au minimum les troubles érysipélateux ou autres, lesquels, lorsqu'ils existent, *sont dus à un manque de propreté individuel*, et non à la lymphé inoculée."

La preuve de l'efficacité de la vaccination, pourvu que cette vaccination soit renouvelée en temps opportun, n'est plus à faire. La diminution si considérable de la mortalité par la variole, à la suite de la pratique obligatoire de la vaccination dans les pays civilisés, et cela malgré l'existence continue de cas sporadiques de la maladie, est peut-être l'un des faits les plus frappants prouvés par la statistique contemporaine. Le *British Medical Journal*, dans un article intitulé: "Un siècle de vaccination," et publié dans le numéro commémoratif du centenaire de Jenner, nous donne quelques chiffres intéressants à parcourir, sur la mortalité causée par la variole dans les différents pays d'Europe. mortalité calculée par million d'habitants.

LE DIAGNOSTIC DE LA VARIOLE

I.—AVANT L'ÉRUPTION

La variole, au stade d'invasion, peut être confondue avec la plupart des pyrexies à début rapide.

PNEUMONIE PLEURÉSIE	NÉPHRITE AIGUE IN- FECTIEUSE.	MYÉLITE AIGUE.	FIÈVRE TYPHOÏDE.	GRIPPE A FORME NERVEUSE.	ÉRYSIPELE	SCARLATINE	ROUGEOLE
Seront faci- lement re- connues au point de vi- sibilité, aux trou- bles fonc- tionnels du poumon et à leurs signes physiques.	Se dis- tinguera par l'in- tensité du moindre de la fiè- vre, les al- térations qualita- tives et quantita- tives de l'urine, l'existence de l'œ- dème.	Peut être confondue avec la para- plégie du de- but de la va- riole. N'a pas l'ascension thermique si brusque, la céphalalgie et les vomis- sements de la petite vérole. S'accompa- gne plus sou- vent d'aes- thésie, de troubles du rectum et de la vessie. La paraplégie variolique disparaît au bout de 2 ou 3 jours, au moment de l'apparition de l'érup- tion.	Le recon- naîtra à son début générale- ment moins brusque, à la marche de la tem- pérature, à l'aspect de la langue, aux trou- bles intes- tinaux.	Lorsqu'elle existe épidémi- quement avec la variole et s'ac- compagne d'éruption peut très bien indi- quer, et parfois l'appari- tion de l'exanthème vario- leux typi- que vien- dra seule éclairer le diagnos- tic.	L'inflam- mation de la peau et les adéni- tes exis- tent déjà lorsqu'ap- paraissent le frisson et la fiè- vre.	Élévation brusque et considérable de la tem- pérature, an- gine spéciale, absence de lumbago, ap- pition rap- ide de l'é- ruption. Le rash scarla- tineux est uniforme sera quel- fois presque fatalement confondu avec l'érup- tion scarla- tineuse: il se localise dans les aines, les aisselle aux hypogastres et n'existe pas à la face.	S'accompa- gne de fris- sons courts et catarrhe des muqueuses (nasale, oca- laire, laryn- go-bronchi- que intesti- nale), et d'é- pistaxis. L'é- ruption est tardive, n'a lieu que le 4 ^e ou 5 ^e jour de la maladie; elle débute à la face. Le rash morbil- lifforme de la variole res- pecte la face et apparaît le 2 ^e ou 3 ^e jour de l'in- fection.

En Angleterre, elle était, cette mortalité, avant la découverte de Jenner, de 2,000. Elle tombe, avec la vaccination facultative, à 417, de 1838 à 1853, et à 154, de 1853 à 1871. Cette année-là la vaccination est rendue obligatoire, et la mortalité tombe à 53, puis à 26, par million d'habitants. Nous sommes loin des 2,000 du siècle dernier, et cependant combien plus faciles sont les communications.

La Prusse est allée encore plus loin. Avec la vaccination facultative, la mortalité était de 309. La loi de 1874 oblige de vacciner tous les enfants nés sur le sol allemand avant l'âge de deux ans, et de *revacciner* tous les enfants lors de leur admission à l'école. Dès cette époque, la mortalité tombe à 15, et elle est, depuis 10 ans, de 7. Depuis cette époque aussi tout soldat qui rentre à l'armée est revacciné de nouveau, et il n'y a pas eu, depuis lors, un seul cas de décès dans l'armée allemande. Et l'on sait que cette armée est nombreuse. Nous reproduisons un schéma donnant la mortalité de l'armée prussienne comparée à celle de l'armée autrichienne; ce schéma, dressé par la Commission Allemande, sur la vaccination, en 1884, est cité par le professeur Adami, dans sa conférence de l'année dernière, et reproduit dans le numéro d'août 1896, du *Montreal Medical Journal*. La vaccination n'est pas obligatoire en Autriche, et ce pays jouissait encore, il y a quinze ans, d'une mortalité par la variole de 580 (1847-1882).

De même la Belgique, où la mortalité, de 1875 à 1884, a été de 441.

Tandis qu'en Suède, où la vaccination est obligatoire depuis le début de ce siècle (1817), la mortalité par la variole est devenue insignifiante.

LE DIAGNOSTIC DE LA VARIOLE

II.—PENDANT L'ÉRUPTION

ROUGEOLE DOCTONNEUSE	SYPHILIS VARIOLIFORME	HERPÈS GÉNÉRALISÉ	VACCINE GÉNÉRALISÉE SPONTANÉE	VARICELLE	SCARLATINE
La connaissance des symptômes, du début d'un utile se-cours, mais parfois insuffisante, à la phase wacu-lo - vésiculeuse, pour fixer le dia-gnostic, qu'il sera tou-jours prudent pareil cas d'iso-ler le malade avec le plus-grand soin. Le stade de suppara-tion fera recon-naître la variole.	Diagnostic facile, lorsqu'il n'y a pas de fièvre. Peut-être précédée d'accompagnement de fièvre forte et de symptômes généraux intenses : marche des ac-cidents n'est pas compliquée, etc. Le diagnostic repose sur l'apparition de l'éruption par le plus-succes-sives et surtout sur l'évolution ultérieure des sym-pômes.	Les vésicules, sont groupées, par îlots sous forme de plaques à contours polycy-cliques : la marche des ac-cidents n'est pas compliquée de la va-riole.	Due au trans-port du virus par voie san-guine après la vaccination. Durant une épidémie, on peut se deman-der si ce n'est pas véritable-ment la vapo-riole. L'érup-tion n'apparaît que vers le 7 ^e ou 8 ^e jour, n'est annoncée que par des phénomènes généraux lé-gers. De plus, la vaccine ne détermine ja-mais d'angine Elle n'est pas contagieuse.	Forme ordi-naires d'inva-sion bénins, de variole hémor-ragique. Le début de l'éruption sur le cou, possible au début, ne peut aller, persiste jamais des bulles, longtemps. Le diagnostic par la poussées suc-ciales la variole bé-nigne, pres-morpha-tique, précoce, éry-throcyte, est presque toujours impossi-ble.	Ne pourrait être due qu'avec la variole hémor-ragique. Le début, possible au début, ne persiste jamais longtemps. Le diagnostic de la variole bé-nigne, pres-morpha-tique, précoce, éry-throcyte, est presque toujours impossi-ble.

NOTA.—Ces tableaux ont été préparés d'après l'article VARIOLE de B. Auché, dans le *Traité de Médecine et de Thérapeutique*.

L'Italie, depuis 1888, a imité la Prusse, et a rendu obligatoires la vaccination et la revaccination des enfants. Seulement l'application de la loi est plus difficile dans ce dernier pays, et la mortalité est de 100.

Ceci confirme pleinement ce que disait le Secrétaire du Conseil Provincial d'Hygiène, dans son rapport de 1895. "C'est dans la vaccination et la revaccination seules, écrivait-il, que se trouve la protection la plus sûre et la plus efficace contre la contagion de la variole. Aujourd'hui, ceux qui meurent de la variole en meurent par leur faute, car ils ont, à leur disposition, le moyen de s'en préserver. Si la pratique de la vaccination était plus répandue parmi nos populations, on aurait moins à craindre de la variole épidémique, et il deviendrait plus facile pour les pouvoirs publics d'en prévenir les désastreux ravages" (1).

Un fait caractéristique cité par Parkes dans son livre *Hygiene and public health*, c'est que les personnes ayant déjà été vaccinées, même depuis longtemps, résistent beaucoup mieux à la maladie que celles qui n'ont jamais été vaccinées. Et il le prouve par la mortalité dans les hôpitaux de Londres, lors des épidémies de 1871 et 1881. Pour la facilité de la lecture, nous mettons en tableau le schéma qu'il publie.

PATIENTS AU-DESSOUS DE 15 ANS.

	Nombre de cas de variole	Mortalité
Malades non vaccinés.....	386	37 0/0
Malades ayant 1 ou 2 mauvaises marques.....	222	4 0/0
Malades ayant 1 bonne marque.....	76	0
“ “ 2 bonnes marques.....	44	0
“ “ 3 “ “	70	0

PATIENTS AU-DESSUS DE 15 ANS

	Nombre de cas de variole	Mortalité
Malades non vaccinés	174	38 0/0
“ ayant 1 ou 2 mauvaises marques.....	483	10 0/0
“ “ 1 bonne marque.....	141	6.4 0/0
“ “ 2 bonnes marques.....	151	4.6 0/0
“ “ 3 “ “	100	2 0/0

Il semblerait, d'après ces tableaux, que non seulement la vaccine protège pour 4 ou 7 ans, mais qu'elle agit souvent encore au-delà, et rend moins graves les suites de la variole. Cela suffit amplement à prouver son efficacité.

Maintenant, un dernier fait pour démontrer les ravages que peut exercer la variole dans un milieu non vacciné. Nous voulons parler de la récente épidémie de Gloucester, Angleterre, citée dans le *Medical Standard* (mars 1897). De 1886 à 1894, le nombre des vaccinations publiques était tombé de 1,095 à 34, et le total n'en avait été, en 10 ans, que de 2,378, bien que durant la même période il fut né à Gloucester 15,682 enfants, dont 3,176 seulement étaient morts. L'épidémie commença par un cas de picote chez un enfant non vacciné qui fut tenu secret et traité comme un cas de rougeole. La fin de l'épidémie ne fut

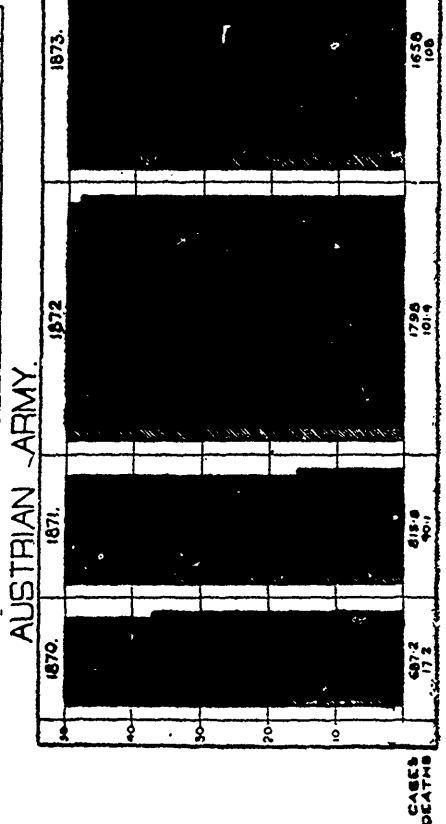
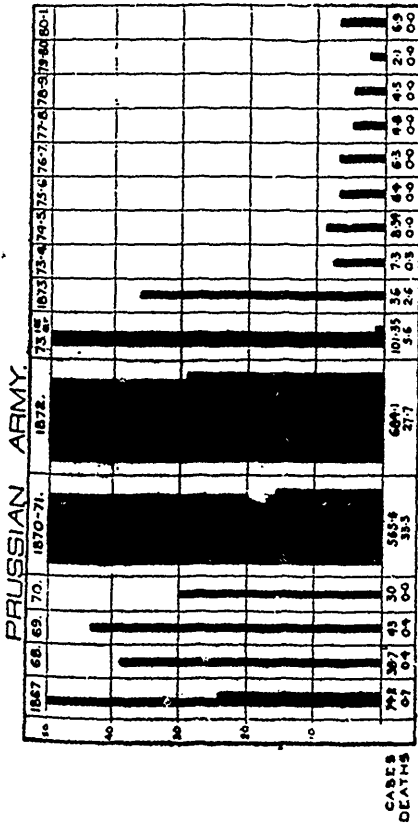
(1) Rapport du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec, 1895, page 23.

DIAGRAMME

FAISANT VOIR

LE NOMBRE DE CAS DE VARIOLE ET LA MORTALITÉ PAR 100 000.

(La vaccination dans l'armée prussienne est rendue obligatoire en 1872; elle ne l'est pas dans l'armée autrichienne.)



amenée ni par l'isolement effectif, ni par épuisement de la virulence de l'infection. Quand la ville commença à être *boycottée*, les citoyens en appelèrent aux médecins, et les médecins répliquèrent que l'isolement, la vaccination et la revaccination étaient les nécessités du moment. Finalement, les officiers vaccinateurs reçurent l'ordre de mettre la loi à exécution. Plus de 36,000 vaccinations eurent lieu. L'épidémie en mai était sous contrôle, et complètement éteinte en juillet. Sur une population de 40,000 environ, 2,036 personnes avaient été atteintes, dont 443 étaient mortes, une mortalité de 22 0/0 environ. Les échevins poursuivent maintenant les vaccinateurs en défaut avec une énergie aussi grande qu'était d'abord leur indifférence première.

Espérons que nous ne verrons pas cette histoire se répéter à Montréal. Mais nous ne saurions le dire avec trop de force, c'est au médecin qu'incombe le premier et le principal devoir lorsqu'apparaît un cas de variole : établir un diagnostic juste et avertir rapidement les autorités sanitaires au moindre soupçon. C'est à lui de prévenir la famille qu'elle doit s'isoler immédiatement, se désinfecter et prendre toutes les mesures efficaces pour ne pas propager la maladie. C'est à lui d'enseigner comment se fait l'isolement, comment se fait la désinfection. C'est à lui de voir à ce que toutes les autres personnes soient immunisées immédiatement par la vaccination. Le médecin est le principal éducateur du public, sur ces questions ; c'est dans son rôle. Il gâte sa profession si, par complaisance, par intérêt personnel ou simplement par indifférence, il cultive de son plein gré les préjugés populaires et contribue à les faire vivre. Le médecin qui n'avertit pas ses clients du danger, ne leur montre pas ce qu'ils ont à faire et n'avertit pas les autorités pour qu'elles lui viennent en aide, prend sur lui une grave responsabilité, d'autant plus grave qu'il manque à tous ses devoirs d'homme instruit et de citoyen.

LA PRATIQUE ANTISEPTIQUE DE LA VACCINATION.

La vaccination doit être faite avec la plus grande propreté si l'on veut éviter tout accident.

Les précautions à prendre concernent le vaccin, les instruments et la personne vaccinée.

1° VACCIN.—S'assurer que le vaccin est de bonne qualité en le faisant venir directement d'un Institut Vaccinogène recommandé, ou en l'achetant d'une personne, pharmacien ou autre, pouvant donner des garanties suffisantes.

Garder les pointes bien enveloppées dans de l'ouate aseptique ou dans leur étui, et ne les mettre à jour qu'au moment de s'en servir.

Ne jamais prendre une pointe de vaccin entre ses mains avant qu'elles ne soient très propres. Éviter de toucher du doigt le bout chargé de la pointe.

Une pointe ayant servi une fois doit être jetée définitivement.

2° INSTRUMENTS.—Il est essentiel de tenir le vaccin, la lancette et tout ce qui peut servir à la vaccination à l'abri de la poussière et dans un endroit très propre.

On peut gratter, si l'on veut, avec la pointe. Si l'on emploie une lancette, elle ne devra pas servir à autre chose, et être, avant chaque opération, lavée avec de l'eau qui bout.

3° PERSONNE VACCINÉE.—Les scarifications sur la peau doivent être peu profondes, de manière à ne faire sortir, si possible, que le sérum sanguin, ou au moins très peu de sang.

Avant de faire les scarifications, il est *absolument nécessaire* de laver le bras très proprement et de rendre la peau aussi nette et aseptique que possible.

Lorsque le vaccin est séché, on placera autour du bras un linge très propre, de préférence en vieille toile, que l'on fera renouveler tous les deux jours.

FORMULAIRE

VARIOLE

Traitement hygiénique.

Chambre : bien aérée, dégarnie et pas trop chaude.

Lit : changer souvent les draps.

Peau : dès que le diagnostic est posé, faire prendre au malade un grand bain tiède dans lequel on verse quelques cuillerées d'une solution alcoolique de sublimé. On évite ainsi les infections secondaires. abcès, phlegmons, lymphangites.

Bouche : irrigation de la bouche et de la gorge avec une solution antiseptique faible (acide borique).

Borate de soude.....	} ʒss ʒ drachmes.
Bicarbonate de soude.....	
Acide carbolique.....	1½ "
Glycérine.....	14½ "
Eau ad.....	8 onces.

Yeux : si la moindre rougeur y apparaît, les laver aussi avec de l'acide borique.

Aliments : diète liquide (bouillon, lait, limonade, vins, tisanes, etc.)

Traitement médical.

1^o.—Période d'invasion.

Rachialgie : frictions calmantes, en évitant d'irriter la peau.

Omissions : morceaux de glace, eau de Seltz.

Constipation : lavements et laxatifs légers.

Peau : favoriser l'éruption par des boissons sudorifiques chaudes et des doses d'acétate d'ammoniaque.

Troubles nerveux : chloral et bains tièdes.

2^o.—Période d'éruption.

Continuer l'hygiène et les soins généraux.

Traitement local de l'éruption.

Appliquer sur la peau de la vaseline additionnée d'acide borique et de salol.
Ou bien :

Ichtyol.....	2½ drachmes.
Huile d'amandes douces.....	14 "
Lanoline.....	4 "

(KOLBASSENKO).

Maintenir sur le cuir chevelu et la barbe des compresses humides trempées dans une solution faible de sublimé (1 : 4,000).

Si l'éruption est très-abondante, on peut faire précéder les pansements de pulvérisations d'eau tiède chargée d'acide phénique.

R	Glycerine.....	70 parties.
	Amidon.....	30 "
	Acide salicylique.....	3 "
	Faire une pâte	

Sig.—Enduire un masque de gaze de cette pâte et l'appliquer sur la figure.

3°.—Période de suppuration.

Fièvre : sels de quinine.

Adynamie : alcool, caféine.

Symptômes nerveux : chloral, opiacés, bains tièdes.

Dans un cas grave de variole, on peut utiliser le traitement du Dr Castel : *opium* à l'intérieur et *éther* en injections hypodermiques. Dans les formes hémorrhagiques, petites doses de *perchlorure de fer*.

Complications oculaires Les pustules de la conjonctive et de la cornée seront touchées avec un pinceau imbibé d'une solution de nitrate d'argent. Lavage à l'eau boricuée chaude.

En résumé : le médecin doit remplir deux indications : d'une part, soutenir l'état général, combattre les accidents qui peuvent survenir, l'hyperthermie, le délire, etc. et d'autre part, chercher à modérer, autant que possible, la suppuration et à éviter ainsi les complications qui sont sous sa dépendance.

OETTINGER

Traité de thérapeutique appliquée.

PROPHYLAXIE DE LA VARIOLE

Désinfection du logis.

1°.—Avant de faire la fumigation, placer dans les solutions désinfectantes tout ce qui doit être ainsi désinfecté.

2°.—La désinfection des surfaces ne s'obtient que par la fumigation au soufre des chambres et demeures infectées.

3°.—Lorsque la fumigation au soufre est terminée, on maintiendra sous scellé les chambres contenant des objets qui doivent être traités à la vapeur ou à la formaline.

4°.—Brûler les objets infectés qui n'ont aucune valeur.

5°.—Transporter, dans des véhicules spéciaux et appropriés, les objets infectés, après les avoir fumigés ou placés dans des sacs protecteurs.

6°.—Solutions désinfectantes autorisées :

	Force par gallon	Coût par gallon
Sublimé	1 drachme.....	1 centin.
Acide carbolique.....	4 onces.....	20 centins.
Chlorure de chaux.	6 "	$\frac{1}{2}$ centin.
Formaline	1 once	2 centins.

7°.—On emploiera ces solutions pour tout ce qui doit être désinfecté plus profondément qu'à la surface, ou bien les objets seront placés pendant 30 minutes dans une chambre à vapeur, dont la température est portée à 212 et 240 F., ou traités, dans une chambre, à la formaline pendant 6 heures.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

Rédacteur en chef: - Dr E. P. BENOIT

MONTREAL, AOUT 1897

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ENCORE LE "MONSIEUR" de la "CLINIQUE"

Nous sommes pris de la manie de mordre, le Monsieur de la "Clinique" le déclare, et mordu, il a dû l'être jusqu'au sang, car il ne sait plus à quel saint se vouer pour faire oublier ses phénoménales cabrioles

Sa belle arrogance du mois de juin s'est transformée, au mois de juillet, en flagornerie aussi insipide que ses fameuses épices.

Sous prétexte de les venger des insultes de Paul, Monsieur lance à la tête de quelques-uns de ses collègues du Bureau, des compliments cousus d'un fil blanc qui n'a rien de commun avec la ficelle invisible et magique.

Pour arriver à son but, tout en se conformant aux règles de la bienséance la plus élémentaire, il tronque, tout simplement, une partie de notre article du mois de mai.

Nous avons écrit, en parlant de l'absurdité du système de votation actuel :

"Comment se fait-il que tous les médecins mêlés à la politique, précisément ceux qui ont le moins d'indépendance et de loisirs à consacrer aux intérêts professionnels, ont formé et forment partie du Bureau. C'est bien simple à expliquer! On veut donner un gouverneur à tel comté; mais d'autre comment choisir, on ne connaît aucun médecin dans ce district. Ah! tiens, le Dr A. est député, le Dr B. est conseiller législatif, peut-être même sénateur, il ne s'occupe plus de pilules. Qu'importe, on le bombarde gouverneur du C. M. & C. P. Q."

Nos lecteurs voient-ils là quelques insinuations contre la dignité de médecin, les qualifications professionnelles des gouverneurs politiques? Non! Eh bien! Monsieur nous fait dire qu'ils doivent leur élection au Bureau "non à leurs qualités professionnelles, mais au fait brutal de leur popularité politique," et cherche à établir son point en citant la dernière phrase du passage reproduit plus haut.

Monsieur comprenait d'autant mieux qu'il s'agissait là d'un cas isolé, qu'il a cru le Dr Ross visé et l'a roulé dans les fleurs. histoire de le venger.

Même des gens réputés très habiles ont des moments d'oubli, et l'hon. Dr Ross n'a pas dû être flatté outre mesure de l'obséquiosité indiscreète de son panégyriste.

Notre bel ami s'est simplement trompé d'adresse, car nous sommes en bonne compagnie pour insulter des "politiques de mérite."

En écrivant la phrase incriminée, nous avions présent à l'esprit un discours du Dr Marcell, publié à la page 699 de la "Clinique," juillet 1896.

"S'il n'y a pas de tarif, disait l'hon. Dr Marcell, c'est la faute non du Collège mais d'un médecin alors gouverneur de la province qui a mis son veto sur ce tarif, le trouvant trop élevé. *lui qui ne pratiquait plus sa profession depuis nombre d'années et qui ne connaissait aucunement les besoins de ses confrères.*"

Le croiriez-vous, ce médecin, "qui ne connaissait aucunement les besoins de ses confrères," était à la fois lieutenant-gouverneur de la Province et gouverneur du Bureau.

C'était là une superbe occasion, pour l'écrivain de la "Clinique," de développer sa thèse *sur le dévouement aux affaires..... des autres*, et venger le Dr Robitaille des insultes du Dr Marcell !...

Mais non, il savait, par expérience, qu'il en eût de s'attaquer à plus fort que soi, et réserva ses foudres de fer-blanc pour Paul, de l'*Union Médicale*,—on voit avec quel succès !

Notre aimable ami ne se contente pas de tronquer les textes, il les falsifie encore effrontément.

Ainsi, il a l'audace d'écrire, en italique, pour mieux jeter de la poudre aux yeux !

"*Ils ne s'occupent plus de pilules*, dit Paul."

Vous voyez le truc. Cette incidente dans notre article (voir citation), est au singulier et se rapporte grammaticalement et logiquement au mot sénateur qui la précède ; en la mettant au pluriel cela lui permet de dire aux gouverneurs livrés à la politique : mes chers collègues, on vous insulte.

Le procédé est digne d'un homme qui a toujours sur les lèvres les mots de respectabilité, honorabilité, vérité, etc. Le dernier rastaquouère de la presse ne dédaignerait pas ce système de polémique. Que voulez-vous ? quand on change d'opinion très souvent, on peut se permettre, en conscience, de changer une petite phrase dans l'article d'un adversaire. Chacun sa manie : Monsieur a la manie du changement.

Nous n'avons rien à redire au sujet des compliments dont Monsieur inonde ses collègues. Ces flagorneries hyperboliques ont dû, toutefois, amuser plusieurs intéressés que nous savons malins.

Notre bel ami prend aussi la liberté de nous donner des conseils ! Si nous ne cessons d'écrire il fera sortir la vérité de son puits. (certes, il est plus que temps) et cette déesse armée de verges nous flagellera avec un entrain que nous ne connaissons pas encore.

Allez ! Allez ! Monsieur, tapez fort et tapez dru. Nous nous réservons simplement le droit de rendre votre change, et avant longtemps il y aura des

épaules plus endolories que les nôtres, si l'épiderme est encore susceptible de quelque impression.

Paul, Médecin, Benoit, Sirois ne s'en laisseront pas imposer par les tarasconnades du Tartarin de la "Clinique,"—Prenez-en votre parti.

Le même numéro de la "Clinique" annonce la publication du premier catalogue de la bibliothèque, fondée l'année dernière par les soins du REGISTREUR. Ouf!...

Nous prendrons occasion de l'apparition de ce catalogue pour démontrer une fois de plus, comment certains membres du Bureau respectent les volontés de la majorité de leurs collègues et quels soucis ils savent prendre des désirs de la profession.

Lisez :

A une réunion du Bureau, tenue le 30 septembre 1896, M. le Dr Beausoleil présenta le rapport du comité de la Bibliothèque, dont les conclusions sont énoncées dans la motion suivante :

"Que le Collège des Chirurgiens vote au Comité de la Bibliothèque la somme de \$ 500 pour servir à faire relier les volumes, à louer un local, à faire les règlements de la dite Bibliothèque et faire imprimer le catalogue, dont un exemplaire devra être envoyé à chaque médecin de la Province."

Cette proposition fut rejetée et l'amendement suivant adopté par un vote de 20 contre 12 :

"Que cette question qui intéresse tous les médecins de la province soit renvoyée à la prochaine assemblée triennale en juillet 1898 où tous les médecins auront le droit d'exprimer leur opinion sur ce sujet."

Le Bureau faisait preuve de tact et d'intelligence en adoptant cette motion : il importe, en effet, de consulter la profession avant de se lancer dans une entreprise dont personne peut prévoir les résultats utilitaires et financiers.

Cependant, à la séance de l'après-midi, le collège vota, sur division, une somme de "\$200 dollars pour faire relier les thèses de la Faculté de Paris et en prendre soin jusqu'à la prochaine assemblée triennale."

Qu'on remarque bien les termes de cette motion : \$200 pour faire relier les thèses et en prendre soin jusqu'à la prochaine assemblée triennale.

Eh bien ! malgré le refus formel du Collège d'autoriser non seulement l'impression d'un catalogue, mais encore de se prononcer sur le principe même de la fondation d'une bibliothèque, on nous annonce pompeusement l'impression de ce catalogue et la fondation d'une bibliothèque, grâce aux soins du registraleur.

Peut-on se jouer aussi impunément de nos représentants ? Peut-on afficher un dédain plus insultant pour la profession toute entière ? Et c'est en face de tels abus qu'on voudrait nous baillonner ?

Nous avertissons les Gouverneurs : il est de leur devoir de ne pas plier le cou sous l'injure, mais de tenir personnellement responsables des dépenses encourues celui ou ceux qui ont foulé aux pieds les décisions du Bureau.

DR PAUL.

L'ASSEMBLÉE DE JUILLET DERNIER

Nos gouverneurs se sont assemblés en juillet dernier et ont procédé dans leurs délibérations avec un peu plus de méthode que l'année dernière.

Le lundi, le comité des créances a examiné les papiers des candidats à la licence. "Ceux dont les irrégularités n'étaient pas irrémédiables nous dit le chroniqueur ordinaire du Bureau, dans les *Nouvelles* du 11 juillet, ont été admis à l'examen."

Parmi ces irrégularités *qui ne sont pas irrémédiables* pour le Bureau, nous citerons : 1° l'absence de brevet ; 2° l'absence de diplôme. C'est ainsi qu'un médecin revenu des États-Unis va maintenant pratiquer parmi nous sans avoir subi la formalité ennuyeuse des quatre ans de brevet, formalité par laquelle ont passé ses confrères de la province de Québec. Il serait intéressant de publier la liste complète de tous les médecins sans brevet ou sans diplôme qui, depuis six ans, ont été admis à la pratique dans notre province. On pourrait juger ainsi du soin avec lequel nos intérêts sont protégés.

Le mardi, le comité d'examen a siégé, et, nous dit le chroniqueur des *Nouvelles*, l'examen de cette année ne ressemble en rien à la farce d'autrefois. C'est encore étonnant qu'on l'admette.

Le mercredi, assemblée générale des gouverneurs, qui a duré deux heures. Le résumé des débats, c'est que le comité de législation, qui existe depuis trois ou quatre ans, *remettra* à l'étude un projet de loi sur : 1° l'exercice illégal de la médecine ; 2° la création d'un conseil de discipline ; 3° l'adoption d'un tarif minimum ; 4° les règlements des sages-femmes, et fera rapport à l'assemblée de l'automne prochain. Le Bureau s'adressera ensuite à la législature de Québec.

Voilà bien des fois que le comité de législation recommence ses études. C'est à peine si nous venons de recevoir une copie de la Refonte des Statuts, Règles et Règlements du Bureau (1896). Mais n'importe : nous espérons, pour l'honneur de la profession, que nos gouverneurs auront l'obligeance, avant de s'adresser à la législature, de bien mettre leurs mandataires au courant de ce qu'ils veulent faire. C'est là le premier de leurs devoirs.

Traitement de l'eczéma par l'acide picrique.—M. GAUCHER emploie contre l'eczéma une solution aqueuse d'acide picrique au centième avec laquelle il badigeonne les surfaces malades ; par dessus il applique une couche d'ouate ou une compresse de tarlatane imbibées de la même solution. Le pansement est laissé en place pendant deux jours. Au bout de ce temps, les phénomènes inflammatoires sont déjà très amendés ; la rougeur de la peau et le suintement ont diminué quelquefois, même disparu, l'épiderme commence à desquamier. On recommence la même application picriquée et le même pansement tous les deux jours et, au bout de peu de temps, l'inflammation aiguë est guérie. La solution d'acide picrique a un autre effet très appréciable ; elle calme rapidement les démangeaisons.

Ce mode de traitement est seulement applicable à l'eczéma vésiculeux et suintant, ou au moins rouge et humide, et n'a d'action que sur l'état aigu. Il est bien évident qu'il est insuffisant pour modifier l'épaississement et l'induration du derme dans l'eczéma chronique lichénoïde. C'est seulement à l'inflammation cutanée superficielle qu'il s'adresse et surtout aux lésions épidermiques.

On pourrait l'employer avec le même avantage dans les autres inflammations superficielles et humides de la peau et notamment dans toutes les formes de pemphigus.

CHRONIQUE

L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

La 65^{me} réunion de l'Association Médicale Britannique aura lieu le dernier jour du mois. Tout est prêt pour recevoir nos amis d'Angleterre et d'Amérique et nous n'avons nul doute que la prochaine réunion sera un brillant succès, digne de la métropole du Canada; il suffit de voir les comités à l'œuvre pour s'en convaincre. L'entente la plus cordiale n'a cessé de régner depuis le début de l'organisation, tout le monde a travaillé avec énergie, et l'on verra par le programme que l'Université Laval s'est entendue avec l'Université McGill pour prendre une part active aux fêtes qui seront données à cette occasion. Cette visite de médecins européens distingués contribuera, nous en sommes sûrs, à resserrer les liens qui doivent unir les divers éléments de notre profession, et facilitera l'accomplissement d'une rénovation professionnelle devenue chez nous nécessaire.

L'assistance sera nombreuse : près de mille médecins, nous dit-on. Nous donnons aujourd'hui tous les principaux renseignements concernant l'Association Médicale Britannique; les détails seront publiés plus tard, dans la presse quotidienne, où nos lecteurs pourront en prendre connaissance.

Nous citerons parmi les plus éminents qui nous viennent d'Europe : Lord Lister, le prof. Richet, le prof. Ball, MM. les Drs Banks, Barnes, Boyce, Cheyne, Coupland cousin, Crocker, Crookshank, Christopher Heath, Kelsey, Lecch, Littlejohn, McAlister, Stephen Mackenzie, Madden, Morris, Nettleship, Saundby, Sinclair, Whitla, Williams.

On a envoyé aux États-Unis plus de six cents invitations, dont près de trois cents ont été acceptées jusqu'à aujourd'hui. Parmi les noms les plus connus, nous voyons ceux des prof. Pepper, Ashurst, Hare, Kelley, Shoemaker, et de MM. les Drs Abbott, Bulkley, Bull, Byford, Bowditch, Solis-Cohen, Cheesman, Cheever, Coley, Cattell, Dennis, Delavan, Fitz, Fox, Foster, Fenger, Gibney, Garrignes, Grandin, Gray, Gould, Herter, Hyde, Hodenpyl, Hurst, Jacobi, Jewett, McKeen, Lindsley, Musser, Mittendorf, McGuire, Morton, Mudd, Murphy, Munde, Northrup, Park, Shattuck, Starr, Spitzka, Shedy, Trudeau, Tyson, Vineberg, Welch, Wood.

Du Mexique, le Dr Tobias Nuncz nous viendra, délégué par l'Académie de Médecine de Mexico.

Le programme des délibérations est très varié et offrira beaucoup d'intérêt, tout le monde voudra assister, *Salle Windsor*, aux trois séances publiques, où MM. les Drs Osler, Banks et Briggs feront un discours sur la médecine, la chirurgie et l'hygiène respectivement. A l'Université McGill, chaque section se réunira, le matin, dans une salle spéciale. Citons les différents sujets de discussion et quelques-uns des médecins qui y prendront part. *Médecine* ; 1^o Traitement diététique du diabète (Robert Saundby, Osler, Sidney Coupland) ; 2^o Arthritides déformans (arthrite rhumatoïde), ses rapports avec le rhumatisme, les maladies nerveuses et la tuberculose (Stewart) ; 3^o Calculs biliaires, particulièrement en ce qui concerne la colique hépatique, la colicystite et la fièvre hépatique intermittente sans icteré.

Chirurgie ; 1^o Traitement chirurgical de l'appendicite (Armstrong, Cousins) ; 2^o Traitement du cancer du rectum par l'opération de Kraske (Keen, Ashurst, Murphy, White). Nous avons déjà publié au complet le programme de la section d'hygiène.

Obstétrique et gynécologie ; 1° Cause et traitement des congestions de la grossesse ; (1er septembre) 2° Route vaginale versus route abdominale dans le traitement des inflammations et des tumeurs du pelvis (Mayo Robson, Lawson Tait, Kelly, Munde) ; (2 septembre) 3° Traitement palliatif et traitement radical des flexions et déplacements de l'utérus. La section de *pathologie et bactériologie* invitera la section de médecine à discuter le séro diagnostique de la fièvre typhoïde. La section de *physiologie et d'anatomie* se réunira à la section de chirurgie pour étudier l'action comparée des anesthésiques (éther et chloroforme).

Thérapeutique : 1° Traitement de l'insomnie ; 2° Les diurétiques ; 3° Traitement de la syphilis. Le prof. Hare, de Philadelphie, lira un travail sur l'importance d'étudier l'absorption et l'élimination des médicaments.

Nombres d'autres travaux très intéressants seront présentés. Citons parmi les médecins canadiens : le Dr Lachapelle (Histoire de l'hygiène au Canada), le prof. Foucher (Étiologie de la dacryocystite, auto-infection dans la kératite pustuleuse), le Dr Villeneuve (Preuve de la folie dans les causes criminelles), le Dr Prume (Contribution au traitement des affections syphilitiques de l'œil).

A ceux qui ne sont pas très familiers avec la langue anglaise, et qui désirent prendre part à la prochaine réunion, nous dirons qu'un journal contenant le résumé des travaux présentés la veille sera distribué gratuitement chaque jour à tous les membres de l'Association. On pourra ainsi, par la lecture, se rendre un compte exact de l'importance et de la valeur de ces travaux.

Le programme que nous avons publié en mai (page 318) a subi de légères modifications ; les discours publics, au Windsor (1, 2, 3 sept), auront lieu à 2½ hrs p. m. et non 3 hrs p. m. Le 31 août, à 4 hrs p. m., Mr. Angus donnera une réception au Royal Victoria Hospital. Le soir de ce même jour, 31 août, le prof. Richet, délégué par le gouvernement français, fera une conférence sur la physiologie, à la soirée donnée à l'Université Laval. Les autorités universitaires et les membres de l'Association seront seuls invités.

Il est incontestable que l'une des parties les plus intéressantes de la prochaine réunion sera le Musée, au patinoir Victoria, rue Drummond, entre les rues Ste-Catherine et Dorchester. Les médecins auront là une occasion excellente de voir les préparations pharmaceutiques, les instruments et appareils de toutes sortes mis en vente par les maisons les plus importantes d'Europe, des Etats-Unis et du Canada. Tout l'espace disponible est loué depuis longtemps Collin, de Paris, tiendra une exposition d'instruments de chirurgie. Down Bros., de Londres, exposeront surtout du matériel à pansements antiseptiques. Zeiss fera voir des microscopes et appareils de laboratoires. Enfin, de grandes maisons de Vienne, Berlin, Edimbourg, Londres, Paris et New-York enverront des agents avec tout un assortiment de préparations pharmaceutiques. Les Etats-Unis seront représentés par Melford & Co., de St-Louis, Wyeth, de Philadelphie, Sharpe and Dolme, de Baltimore, Stearnes & Co, Parke Davis & Co., de Détroit. Ces derniers se proposent de faire voir aux spectateurs comment se prépare le sérum anti-diphthérique.

Le comité des excursions a fait des arrangements très complets avec les différentes compagnies de chemin de fer et de bateaux. Pour ceux de nos lecteurs qui se sont mis membres de l'Association Médicale Britannique, et qui veulent profiter de la prochaine réunion pour faire de jolis voyages à bon marché, nous publions la liste suivante des prix, aller et retour :

Montréal à Québec.....	\$ 3.50
Québec au Lac St-Jean.....	5.70
Montréal à Halifax.....	16.50
Montréal à St-Jean, N. B.....	14.15
Montréal à Ottawa.....	3 50

Montréal à Kingston.....	5.65
Montréal à Toronto	10.40
Montréal à Vancouver.....	70.45
(Char dortoir \$20.00 ; repas, 75 cents).	

Les prix réduits s'appliquent aussi aux femmes des médecins. Les billets, sur le Pacifique Canadien, sont bons du 1er juillet au 30 septembre. Les membres qui iront à Vancouver recevront une passe du Pacifique pour toutes les lignes d'embranchement et les bateaux de la compagnie au Nord-Ouest et au Manitoba. Le lendemain de la réunion (samedi), une excursion aura lieu au lac Memphrémagog jusqu'à New-Port (lac Champlain).

Les réunions publiques de l'après midi (2.30 p. m.), auront lieu dans la salle du Windsor, attenante à l'hôtel du même nom ; l'entrée est sur la rue Cypress. Le matin, les différentes sections tiendront leurs séances à l'Université McGill, rue Sherbrooke, les bâtisses universitaires sont toutes situées sur le même terrain, et assez rapprochées les unes des autres, de sorte que cette disposition offrira aux membres beaucoup de confort en leur permettant de passer d'une section à l'autre sans trop de déplacement. Voici la location des diverses sections :

Médecine : Bâtisse Macdonald (Chimie).

Chirurgie : Bâtisse de la Faculté de Médecine, (grand amphithéâtre).

Hygiène : Musée Redpath (grand amphithéâtre).

Obstétrique et Gynécologie : Bâtisse Macdonald (Physique).

Pharmacologie et Thérapeutique : Wesleyan College, (224, rue Université).

Pathologie et Bactériologie : Bâtisse de la Faculté de Médecine, (salle de lecture N° II).

Psychologie : Presbyterian Collège, (Morris Hall, 69, rue McTavish).

Ophthalmologie : Bâtisse Macdonald (Mécanique), (Salle de lecture I).

Laryngologie et Otologie : même bâtisse, (Salle de lecture II).

Anatomie et Physiologie : Bâtisse de la Faculté de Médecine (Salle de lecture I).

Dermatologie : Bâtisse Macdonald, (Mécanique), (Salle de lecture III).

On établira dans la salle de dissection, bâtisse de la Faculté de Médecine, un musée d'anatomie pathologique, où les membres pourront examiner à loisir des pièces anatomiques (normales et pathologiques), des dessins, des photographies, des appareils de laboratoire pour les recherches de médecine expérimentales. Nous rappelons encore une fois à nos lecteurs, qu'il faut être membre de l'Association pour assister aux séances ou prendre part aux excursions.

L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE

La réunion annuelle aura lieu, à Montréal, le 30 août prochain. Le matin une clinique sera donnée dans l'un des hôpitaux, et l'assemblée générale sera convoquée pour trois heures. Le lendemain, mardi, les comités feront rapport dans l'avant-midi, puis la réunion sera ajournée pour permettre aux membres de suivre les séances de l'Association Médicale Britannique. Les membres présenteront leurs travaux à ces séances. Le comité de licence interprovinciale rapportera le progrès accompli depuis l'année dernière.

Voici ce que dit, à propos de licence interprovinciale, le correspondant à Montréal du *British Medical Journal*. "Tandis que dans Ontario et les autres provinces, le Bureau Médical ou le Collège de chaque province exige que personne n'obtienne la licence sans se présenter devant les examinateurs provinciaux et passer un examen, dans la province de Québec, on permet aux gradués des trois universités, McGill, Laval et Bishop, de pratiquer pourvu qu'ils aient leur degré universitaire, soient dûment enregistrés, et aient donné satisfaction

aux assesseurs provinciaux présents durant toute la durée de leurs examens. Cette différence dans la manière de procéder est l'obstacle le plus formidable au mouvement qui se fait vers la licence interprovinciale. Les autres provinces désireraient que Québec s'unisse à elles; mais les Universités de cette province ne veulent pas perdre pour leurs diplômés le droit de pratiquer dans la province, droit qui leur est accordé par l'Acte de la Confédération.

Comme d'un côté, le système actuel empêche des places florissantes canadiennes-françaises d'Ontario ou d'ailleurs, de bénéficier des services des médecins diplômés à l'université canadienne-française Laval; comme d'un autre côté, la principale université anglaise de Québec accorde son diplôme à des médecins dont un très petit nombre désirent s'établir dans la province, il y va évidemment de l'avantage de tout le monde de faire cesser les difficultés existantes. Cette opinion prend une force de plus en plus grande, et il semble que l'on verra dans quelques mois un système quelconque de licence interprovinciale devenir un fait accompli. Il est bon, à ce sujet, de bien savoir que le gouvernement fédéral ne peut rien faire à ce sujet, jusqu'à présent. Par l'Acte de la Confédération, toutes les questions d'éducation sont laissées entre les mains des provinces séparées; aussi le gouvernement fédéral ne peut-il intervenir, et la question d'une licence fédérale commune ne peut être considérée que si toutes les provinces s'unissent pour abandonner leur droit de législation médicale entre les mains du gouvernement fédéral. En d'autres termes, la licence interprovinciale doit amener la licence fédérale."

Pour notre part, nous sommes tout à fait en faveur de la licence interprovinciale; les médecins canadiens-français ne pourraient qu'y gagner. Mais l'on voit par l'article que nous venons de reproduire que la question est assez épineuse à résoudre. Une chose certaine, c'est que si les sept provinces de la Puissance consentent à laisser amender l'Acte de la Confédération pour permettre au gouvernement fédéral de contrôler la pratique de la médecine dans tout le Canada, l'on verra peut-être disparaître pour toujours la facilité extraordinaire avec laquelle on accorde aujourd'hui, dans la province de Québec, la licence à ces médecins qui n'ont ni brevet, ni même de diplôme. Mais ce n'est pas encore fait.

Vient de paraître

Dr A. CHIPAULT.—*Le traitement du mal de Pott*, par le Dr A. CHIPAULT (de Paris). (No 2 de l'Œuvre Médico-Chirurgicale). Masson et Cie, éditeurs, 1 brochure in 8o 1 fr. 25

Ce fascicule, le deuxième numéro de la collection de l'Œuvre Médico-Chirurgicale, expose les règles que tout chirurgien prudent mais renseigné doit strictement suivre dans le traitement du mal de Pott et de ses complications.

Le Dr Chipault, inventeur de la méthode thérapeutique qui a causé une si grande sensation dans le monde médical, étudie avec une clarté vraiment remarquable : 1^o le traitement des cas où la lésion vertébrale constitue à elle seule toute la symptomatologie; 2^o le traitement des cas où cette lésion vertébrale s'accompagne de complications : paraplégie ou abcès froid. Il décrit avec un grand luxe de détails tous les appareils et interventions sanglantes qui doivent réaliser la base de tout traitement essentiel de la tuberculose vertébrale, c'est-à-dire l'immobilisation du malade. Les ligatures apophysaires et la réduction, sous chloroforme, de la gibbosité, méthodes que Chipault revendique énergiquement comme siennes, sont traitées d'une manière approfondie et surtout très compétente.

Les récentes discussions de la Société de chirurgie sur la réduction de la gibbosité soulevées par les travaux de Chipault prêtent à ce fascicule un intérêt tout particulier.

VARIÉTÉ

LE PROFESSEUR RICHEL

M. Charles Richet est né à Paris, le 26 août 1850. Fils du professeur de clinique chirurgicale A. Richet, bien connu de la génération actuelle, il a été nommé interne des hôpitaux en 1872, docteur en médecine en 1879, docteur en science en 1878, agrégé au concours de la Faculté de Médecine la même année,



et il a succédé à Béclard, dans la chaire de physiologie, en 1887. M. Charles Richet s'est adonné de bonne heure à l'étude de la physiologie et ses travaux sont considérables. Ils peuvent être résumés ainsi :

Après de nombreuses et intéressantes recherches, entreprises à l'instigation de M. Berthelot et dans le laboratoire de ce savant, M. Charles Richet a démontré : que l'acidité du suc gastrique est due à l'acide chlorhydrique, et de plus que ce dernier acide se trouve, dans le suc gastrique, sous deux formes différentes : d'abord à l'état de liberté, puis à l'état de combinaison. Ces démonstrations sont indiquées dans ses *Recherches sur l'acidité du suc gastrique de l'homme in comptes rendus de l'Académie des Sciences, 1877-1878*, et dans son travail sur les *Propriétés chimiques et physiologiques du suc gastrique chez l'homme et chez les animaux* publié dans le *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie* en 1878, travail couronné par l'Académie des Sciences (prix de physiologie expérimentale).

Les travaux sur la contraction musculaire des invertébrés, consignés dans son ouvrage : *Physiologie des muscles et des nerfs* (1879) ont mis en lumière des faits nouveaux de physiologie générale.

Ceux sur les modifications de température des animaux l'ont conduit à la découverte du mécanisme de la régularisation thermique et dans divers mémoires sur *La respiration, Le travail musculaire, L'influence de l'alimentation, Celle de la volonté sur les échanges*, mémoires d'un très grand intérêt publiés de 1886 à 1891, dans les *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, les *Archives de physiologie*, l'auteur a démontré : " quo la quantité d'oxygène consommé est, pour les animaux de même espèce, absolument proportionnelle à la surface tégumentaire, et que c'est le système nerveux qui adapte les combustions respiratoires à l'étendue de cette surface."

Enfin, à la suite d'expériences sagaces et de premier ordre, M. Ch. Richet a le premier, en 1888, déduit le principe de pathologie générale sur lequel est fondée la sérumthérapie, qu'il appelait alors l'hématothérapie. On trouve ses travaux spéciaux publiés, dès l'année 1888, dans les *Comptes rendus des sciences et de la Société de biologie*. Les premières injections de sérum ont été faites par lui.

M. Charles Richet est encore l'auteur de plusieurs mémoires importants; *Sur les effets physiologiques et psychiques du chloralose, Sur l'action physiologique des sels alcalins, Sur la toxicité comparée des différents métaux, Sur la chaleur animale, La psychologie physiologique*. Les dernières leçons ont paru sous le titre; *La défense de l'organisme, Cours de physiologie de la Faculté* (1893-1894). Directeur de la *Revue Scientifique* depuis 1878, il est à coup sûr l'un des professeurs les plus distingués de la Faculté de Paris.

La Médecine Moderne.

Vient de paraître

FÉLIX LEJARS.—*Le Lavage du Sang*, par le Dr Félix Lejars, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de la Société de Chirurgie, (N^o 3, de l'*Œuvre Médico-Chirurgicale*), Masson & Cie, éditeurs, 1 brochure in-8^o. 1 fr 25.

Sous ce titre de *Lavage du Sang*, il faut entendre, en pratique, l'injection sous-cutané ou intra-veineuse d'eau salée, ou plus généralement de solutions salines n'altérant pas les globules sanguins. La méthode est fort ancienne; depuis dix-huit mois, elle est redevenue toute d'actualité : les heureux résultats qu'elle a fournis et les nombreux travaux qu'elle a suscités, suffisent à montrer combien elle mérite d'être vulgarisée.

C'est ce travail d'ensemble et de vulgarisation que M. Lejars a voulu faire. Il étudie successivement, avec abondance de détails pratiques, le *liquide d'injection* et la *technique*, et s'efforce de prouver que le liquide et l'instrumentation les plus simples sont aussi les meilleurs : plusieurs dessins représentent les divers modes d'injections, les appareils " d'improvisation," et les temps successifs de l'injection intra-veineuse.—*L'étude expérimentale* était un préambule nécessaire à l'analyse des faits cliniques : des nombreuses recherches qui ont eu pour objet le lavage du sang, chez l'animal sain, chez l'animal anémié, intoxiqué, infecté, se dégagent, en effet, des données pratiques importantes.

On a utilisé le lavage du sang dans une longue série d'affections; il était utile de départager ces observations, assez souvent disparates, et de chercher à déduire de leur ensemble un certain nombre d'*indications* et de "*directions pratiques*". L'auteur passe ainsi en revue les applications de la méthode dans les *Hémorrhagies*, dans les *États de collapsus*, dans les *Intoxications*, dans les *Infections* d'ordre chirurgical et médical : il étudie les doses et le mode d'injection qui paraissent le mieux convenir aux diverses situations et montre les réactions cliniques générales du lavage du sang. L'exposé de quelques accidents observés et des *contre-indications* qui en naissent termine la brochure.