

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.

- 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:

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 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.

L'ABELLE MEDICALE

Journal de l'Ecole de Medecine et de Chirurgie de Montreal, de
l'Hôpital Hotel-Dieu, de la Maternite Ste. Pelagie
et des Dispensaires.

PUBLICATION MENSUELLE

VOLUME III



MONTREAL :

Berthiaume & Sabourin, Imprimeurs-Editeurs. 212 Rue Notre-Dame

1881

L'ABEILLE MEDICALE

Journal de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal,
de l'Hôpital Hôtel-Dieu, de la Maternité Ste. Pélagie
et des Dispensaires.

THS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M.D., *Rédacteur-en-chef.*

Vol. III.

Janvier et Février 1881

Nos. 1 et 2

Nous reprenons aujourd'hui la rédaction de l'*Abeille Médicale* que nous avons été obligé d'abandonner, en juin 1879, pour faire notre long voyage en Europe. Depuis cette époque jusqu'à ce jour, c'est à l'obligeance d'un de nos collègues de l'École de Médecine, M. G. O. Beaudry, professeur de Physiologie, que nous devons la continuation de la publication de ce journal qu'il n'a cessé de rédiger, depuis notre départ jusqu'à ce moment. Qu'il nous soit donc permis de lui témoigner ici publiquement toute notre reconnaissance pour le zèle, l'abnégation dont il a fait preuve, pour nous remplacer aussi longtemps, en s'imposant un semblable travail, malgré ses nombreuses occupations professionnelles. Nos lecteurs, qui ont pu apprécier le talent avec lequel il a su remplir cette lourde charge, sauront, nous en sommes persuadé, reconnaître à sa juste valeur son dévouement et lui en tenir compte. Pour nous, encore une fois, nous l'en félicitons et nous le remercions.

Peu de temps après notre arrivée, nous avons fait connaître, en partie, le résultat de notre mission en Europe, par la publication dans les journaux de l'opinion légale du Solliciteur Général d'Angleterre, Sir Farrer Herschell, au sujet de la légalité de l'établissement de la succursale de Laval à Montréal. Bien des rumeurs, dans le moment, ont été mises en circulation, pour nullifier ou du moins chercher à atténuer la portée de ce document important qui prouvait à tout le

monde qu'il ne pouvait pas y avoir de succursale de Laval à Montréal, et que ses professeurs n'avaient pas le droit de prendre le titre de professeurs de l'Université Laval à Montréal. Le public s'est ému, a jugé de suite la position et la presse a bien voulu depuis garder le silence.

Mais l'Université Laval de Québec a fait présenter une requête, par Nos Seigneurs les Evêques de la Province Ecclésiastique de Québec à Sa Gracieuse Majesté la Reine Victoria, dans le but d'obtenir une extension de sa charte. Une lettre du bureau colonial, sur l'ordre du Secrétaire d'Etat pour les colonies, le comte de Kimberley, dit même qu'un projet " *a draft* " pour une charte nouvelle, pour cette Université, a été présenté par Leurs Grandeurs pour l'approbation de la Reine. Cette démarche ayant été inutile, l'Université doit revenir maintenant devant la Législature Locale dans le même but : avis en est donné dans la *Gazette Officielle* !

Quelle conclusion doit-on tirer de ces faits, si non qu'ils prouvent d'une manière péremptoire que l'Université Laval reconnaît enfin elle-même *publiquement* qu'elle n'avait pas le droit d'établir sa succursale à Montréal, que cette dernière, n'ayant aucune existence légale, n'a par conséquent aucun pouvoir de donner des cours qui vailent aux yeux de la loi ; d'où il doit s'en suivre nécessairement que les diplômes, accordés à ses prétendus élèves, ne peuvent leur faire avoir leur licence pour pratiquer !

Quel rôle vont jouer à cette occasion les assesseurs ? Quel rapport vont-ils faire au Bureau de Médecine de la Province de Québec ? A quelle détermination en viendra celui ci ? Quels nouveaux faits vont surgir ?

Mais arrêtons nous à cette étape qui définit si bien la position réelle de l'Ecole de Médecine, et prouve jusqu'à l'évidence combien elle avait raison de se plaindre du mauvais traitement auquel elle était en but. Admirons même sa respectueuse déférence, sa magnanimité dans la lutte qu'elle soutient contre l'Université Laval de Québec. Rappelons encore, pour prouver son bon vouloir envers l'Université Laval, que l'Ecole de

Médecine lui a demandé l'affiliation à différentes reprises. Laval a toujours refusé. Elle ne peut pas donner pour prétexte l'incapacité de ses professeurs, puisqu'elle a voulu les prendre tous pour former sa succursale. De plus que fit l'Université, lorsque l'École, convaincue que cette dernière agissait en contravention ouverte avec la Charte Royale et la Bulle de Rome, lui signifia qu'elle garderait le *statu quo* jusqu'à ce que le St Siège, auquel elle en référerait, se prononçât sur cette question. Elle nomma professeurs pour la succursale quelques uns de ceux de l'École de Médecine et tous les autres aussi moins un, furent pris parmi les élèves de cette même École, dont quelques uns reçus depuis quelques mois à peine, un autre alors et actuellement encore étudiant à Paris. Ce n'est donc pas certainement pour cause d'incapacité que Laval a toujours refusé l'affiliation à l'École. Elle ne peut pas non plus alléguer une différence dans la longueur du temps des études ou même dans la diversité des branches enseignées, puisque la loi y pourvoie et a nommé des assesseurs pour présider aux examens des différentes facultés de médecine, pour voir et faire rapport, si toutes s'y conforment.

C'est donc avec le plus vif regret que nous avons vu Laval, après avoir refusé l'affiliation à l'École de Médecine *seule*, prendre tous les moyens pour empêcher Montréal d'obtenir son université, qui lui devenait dès lors plus que jamais nécessaire, et chercher encore ensuite à détruire une école incorporée, qui avait son existence légale, longtemps avant elle, pour faire place à sa succursale pour laquelle il n'y avait pas plus raison d'être qu'elle n'en avait le droit !

Toutes ces démarches ont eu le plus pénible résultat et ont amené bien des déboirs !

Si nos jeunes collègues, quelques uns de nos jeunes médecins ainsi que quelques membres du Barreau de Montréal n'avaient pas prêté la main à tout ce qui s'est fait, nous aurions probablement déjà notre université indépendante, et loin d'en souffrir, les premiers ils en auraient eu tous les avantages. Pour vouloir arriver un peu plus vite, ils ont tout compromis !

Enfin, si au lieu de renvoyer l'Ecole, au secours de laquelle Rome lui ordonnait de venir par son Décret, Laval avait fait preuve d'un peu plus d'esprit de conciliation, avait mûri davantage la question, avant de la trancher ainsi, elle ne se trouverait pas aujourd'hui dans cette position humiliante d'être en désaccord, 1o. avec la charte impériale, ce qui lui en a fait demander une autre à Londres, 2o. ni avec la Bulle et le Décret, qu'elle devra tout probablement aussi chercher à faire modifier pour pouvoir en venir à ses fins.

Ces remarques nous sont pénibles, mais elles découlent nécessairement des faits accomplis. Et tout cela, pour avoir manqué à la parole donnée, avoir non seulement refusé d'aider Montréal pour l'obtention de son université, mais avoir même cherché et pour chercher encore à l'empêcher de l'obtenir, après en avoir reçu elle même un aide si précieux pour l'obtention de sa propre charte, avec cette entente formelle et *bien explicite* de l'aider à son tour à parvenir au même but !

Espérons néanmoins voir réussir enfin cette cause que doivent soutenir tous ceux qui veulent se conduire d'après le sentiment du droit et de la justice, et qui ont à cœur les intérêts les plus chers de Montréal.

Au lieu de cette lutte stérile et illégale, sans la qualifier pour tout le reste, n'eut-il pas été plus honorable, pour *tout le monde*, de rester dans les limites du droit et des conventions, de voir surgir dans Montréal, la métropole commerciale et industrielle de la Puissance, cette université qu'elle demande depuis si longtemps, et ne voir, à Québec comme à Montréal, qu'une noble émulation pour la diffusion des sciences et des bons principes ?

Traitement de la métrite chronique.

Par T. GALLARD.

Suite et fin.

PRÉCAUTIONS HYGIÉNIQUES. — L'hygiène des femmes affectées de métrite chronique doit être attentivement surveillée, et pendant toute la durée du traitement, et à partir de la convalescence.

Je ne reviendrai pas sur ce que je vous ai dit à propos du régime alimentaire, dont l'importance est telle, que j'ai dû le considérer comme faisant partie intégrante du traitement général tonique et reconstituant, plutôt que comme un simple élément de l'hygiène ; nous ne nous occuperons donc ici que de ce qui concerne la vie de relation.

Le séjour à la campagne, dans un lieu sec et bien aéré, avec des ombrages suffisants pour que, même dans la saison la plus chaude de l'année, la malade puisse passer la plus grande partie de ses journées en plein air, constitue un des éléments les plus favorables pour le rétablissement. Au repos corporel, la résidence à la campagne permet d'ajouter le repos moral, qui est au moins aussi nécessaire ; car, autant que les fatigues physiques, il faut faire éviter aux malades les émotions vives et douloureuses.

Un peu d'exercice est nécessaire, et nulle part il ne peut plus commodément être pris sans fatigue qu'à la campagne, où l'on n'a pas d'étages à gravir et où la promenade est toujours facile. A toutes les époques de la maladie, de petites promenades à pied, non seulement peuvent être autorisées, mais doivent même être conseillées, et je ne saurais, pour ma part, accepter la pratique de Lisfranc, qui laissait ses malades des mois entiers étendus sur leur chaise longue, sans leur permettre de poser le pied à terre. C'est ainsi qu'il aggravait les phénomènes dyspeptiques et qu'il favorisait les troubles de la sécrétion urinaire dont je vous ai parlé dans une précédente leçon. La promenade à pied me paraît toujours devoir

être préférée à la promenade en voiture, même dans une voiture parfaitement suspendue ; cependant cette dernière peut aussi être permise, et, dans quelques cas, elle est seule supportée par des femmes auxquelles la marche occasionne des douleurs extrêmement vives.

Mais ce que je proscriis absolument, c'est l'équitation, c'est la danse, ce sont les courses prolongées, les ascensions de montagnes, etc., tous exercices qui ont l'inconvénient d'imprimer à l'utérus des mouvements trop violents pour qu'ils puissent demeurer innocents.

Dans tous les cas, lorsque les malades veulent marcher, il est nécessaire de maintenir leur utérus dans l'immobilité la plus complète possible, en exerçant une légère compression au moyen d'une ceinture qui contourne le bassin. Les ceintures hypogastriques, à pelotes plus ou moins compliquées, qui vont chercher le corps même de l'utérus, pour le comprimer à travers les parois abdominales, sont toujours mal supportées, en raison des douleurs qu'elles provoquent. Celles que j'emploie sont constituées par des bandes de tissu élastique de 3 à 4 centimètres de large, ajustées les unes à côté des autres de façon à ne pas dépasser en hauteur le milieu de l'espace qui sépare le pubis de l'ombilic. Quand elles sont faites avec soin, et qu'elles contournent bien les hanches, elles s'adaptent parfaitement au bassin, se tiennent en place sans qu'il soit besoin de les retenir au moyen de sous-cuisses, et soulagent beaucoup les malades, qui ont alors leurs viscères abdominaux soutenus de telle façon qu'aucun ballonnement ne retentisse plus dans leur bassin, lorsqu'elles marchent.

Si nous prenons tant de soin pour éviter à l'utérus les moindres mouvements qui pourraient retentir sur lui pendant la marche, nous devons, à plus forte raison, redouter les secousses auxquelles il pourrait être exposé pendant l'acte du coït, et, à ce point de vue, conseiller le repos le plus absolu de l'organe malade. Cela est vrai en principe, mais ne savez-vous pas, combien on est exposé, dans la pratique des

choses de la vie, à voir les principes les plus rigoureux céder devant les impérieuses exigences des faits. Nous nous trouvons ici dans une de ces situations où les principes ne doivent pas rester inflexibles ; et, pour mon compte, je crois qu'une certaine tolérance aura dans nombre de cas, une influence plutôt favorable que nuisible, au point de vue de la guérison. Il faut cependant savoir distinguer, avec un certain tact, les conditions dans lesquelles cette tolérance peut s'exercer. Il est bien certain que, quand vous aurez affaire à une de ces femmes légères, aux mœurs faciles, pour qui vos prescriptions les plus sévères seront à peine un frein suffisant, vous devrez bien vous garder de rien autoriser, car, avec elles, l'abus suivrait de trop près l'usage. Mais, lorsqu'il s'agit de la femme chaste et vertueuse, de l'épouse respectable, de la mère de famille attentive à tous ses devoirs et désireuse de reconquérir au plus vite sa santé perdue, rappelez-vous que toutes vos prescriptions seront suivies avec la plus scrupuleuse exactitude, et, comme vous n'avez pas à craindre l'abus, sachez tolérer l'usage modéré de rapports qui ne pourraient pas être complètement interrompus, pendant toute la durée du traitement, sans de graves inconvénients.

Il est bien entendu que je ne vous conseille pas d'autoriser les rapports conjugaux lorsque l'utérus est tuméfié, douloureux et saignant au moindre attouchement ; les accidents qui en résulteraient immédiatement, seraient plus que suffisants pour montrer qu'il faut alors s'en abstenir d'une façon absolue. Mais plus tard, dans la période d'induration, si le col n'est pas ulcéré, si les divers mouvements, imprimés à l'utérus pendant l'exploration par le toucher, ne provoquent ni suintement sanguinolent ni douleur, sur quelles raisons pourrait-on se fonder pour exiger l'éloignement de la couche conjugale ? Il faut, ai-je dit, éviter à nos malades les émotions tristes et pénibles, auxquelles les prédispose si fortement la nature de leur mal. De quel droit viendrait-on, quand leur moral est déjà si péniblement ébranlé par le fait de leur maladie, ajouter à leurs angoisses, à leurs inquiétudes, leurs craintes, en leur laissant

croire qu'elles vont devenir un objet de répulsion et de dégoût pour leur mari, et qu'elles sont exposées à le voir chercher ailleurs les plaisirs qu'il ne peut plus trouver auprès d'elles ? Cette situation est, croyez-moi, assez pénible et assez douloureuse pour que vous ne deviez pas la créer sans une absolue nécessité, et la métrite chronique ne compte pas au nombre des maladies qui doivent vous imposer l'obligation de la faire naître.

Bien au contraire, je me demande si l'excitation résultant de l'acte sexuel ne doit pas avoir une influence plutôt favorable que nuisible sur des utérus anémiés et ayant perdu leur irritabilité, comme le sont ceux que l'on rencontre dans la période d'induration de la métrite chronique. J'en suis tellement convaincu, qu'en cas pareil je ne me contente pas d'autoriser les rapports sexuels, je les conseille, et il m'arrive parfois, quand une malade, dans ces conditions, séjourne trop longtemps à l'hôpital, de lui donner son exeat avec l'espoir, souvent réalisé, qu'une certaine amélioration suivra l'usage qu'elle aura su faire de sa liberté.

Rappelez-vous du reste, de ce que je vous ai dit de l'action heureuse qu'une grossesse pourrait exercer sur la texture de l'utérus, en sollicitant la formation de fibres musculaires nouvelles, venant prendre la place de celles qui auraient été atrophiées par le travail phlegmasique, et voyez dans ce fait un nouveau motif sur lequel vous pourrez vous fonder pour autoriser les rapprochements sexuels, dans la métrite chronique, au lieu de les proscrire, comme cela se fait si habituellement, sans que l'on sache pourquoi.

Si délicate que soit la question que nous venons de traiter, il en est une bien plus délicate encore, devant laquelle je ne veux pas reculer, parce qu'il importe que vous sachiez quelle ligne de conduite vous devrez suivre en ce qui concerne la question du mariage, lorsque vous donnerez des soins à une jeune fille affectée de métrite chronique.

Si l'inflammation conserve encore une certaine acuité, ou si elle est dans cette période de transition qui marque le pas-

sage de l'état aigu à l'état chronique, et qui est signalée par de fréquentes bouffées inflammatoires, ou simplement congestives, toute idée de mariage devra être éloignée. Si une union était projetée, pour une jeune fille se trouvant dans cet état, vous devriez user de votre influence et même de votre autorité auprès de la famille, pour la faire retarder jusqu'à ce que vous ayez pu obtenir une rémission très marquée de ces accidents inflammatoires. Si l'on ne tenait pas compte de vos avis, on s'exposerait à voir ces accidents prendre une intensité nouvelle après les premiers rapprochements sexuels, et il serait possible que l'inflammation, dépassant le tissu utérin, s'étendit au tissu cellulaire ambiant, aux ligaments larges et même au péritoine, de façon à compromettre la vie, on tout au moins à devenir une cause de stérilité, par suite des adhérences qui empêcheraient plus tard le jeu régulier des trompes de Fallope, au moment de l'ovulation.

Que si, au contraire, il s'agissait d'une métrite franchement chronique, sans ulcérations ou avec des ulcérations très superficielles, vous pourriez sans inconvénient, laisser consommer un mariage projeté, sauf à prévenir qu'on ne devrait pas tarder à réclamer vos soins s'il survenait quelque malaise pendant le cours de la lune de miel.

Quant à provoquer vous-même un mariage, alors que la famille n'y songerait pas, je ne trouve aucun cas qui puisse le nécessiter; et ce que je vous ai dit de la tolérance avec laquelle vous pouvez autoriser les rapprochements sexuels chez les femmes qui en ont déjà usé ne doit pas aller jusqu'à vous faire penser qu'ils puissent jamais devenir nécessaires à la guérison d'une métrite survenue chez une fille vierge.

A l'hygiène des femmes affectées de métrite chronique ou convalescentes de cette maladie, se rattache toute une série de précautions et de soins qui doivent être pris au moment des époques menstruelles. Comme la congestion, qui se produit alors dans tout le système génital, peut très facilement devenir le point de départ d'une de ces bouffées inflammatoires qui marquent le retour des accidents; c'est surtout à

cette époque qu'il faut exiger le repos le plus absolu, en forçant la malade à garder la chambre ou même le lit, et en lui recommandant de se soustraire avec plus de précautions que jamais à toutes les causes d'excitation.

LA NÉPHRECTOMIE.

Il y a dix ans, en 1870, un journal allemand la *Deutsche Klinik*, publiait la première observation d'extirpation du rein pratiquée de propos délibéré, en 1869, par Gustave Simon, de Heidelberg. Il s'agissait d'une femme de 36 ans, atteinte d'une fistule urinaire sus-pubidienne consécutive à la blessure d'un uretère pendant une opération d'ovariotomie. Après des tentatives opératoires inutiles pour rétablir le cours des urines et des expériences pour démontrer qu'un seul rein peut suffire à la dépuration urinaire, Simon fit l'extirpation du rein gauche. La femme guérit de l'opération et de sa fistule et au bout de six semaines elle pouvait se lever.

L'élan était donné : l'opération hardie conçue et exécutée par G. Simon entra dans la pratique et depuis cette époque elle a été répétée un certain nombre de fois.

La somme des faits connus est encore trop peu considérable pour qu'il nous soit permis d'en tirer des conclusions ; qu'il nous suffise de dire que les résultats, sans être encourageants, ne sont pas de nature à désespérer tout à fait les chirurgiens. Le détail des faits le prouvera largement.

L'extirpation du rein,—*néphrotomie* ou mieux *néphrectomie*,—a été pratiquée dans des conditions très différentes : tantôt elle a été le but cherché et atteint de l'acte opératoire ; tantôt, au contraire, elle a été une surprise et une complication pendant une opération dans laquelle le rein n'était pas visé. Il serait difficile de ranger ces faits en catégories : leur petit nombre ne permettant pas de les rapprocher les uns des autres et chacun d'eux ayant son histoire propre et intéressante.

De même, d'après les indications particulières, la voie suivie par les opérateurs n'a pas été la même, les uns allant chercher le rein par la région lombaire, les autres à travers une incision médiane de la paroi abdominale antérieure, comme dans la laparotomie. Il est bien entendu que cette dernière voie fut suivie dans les cas où le rein fut enlevé par erreur ou par nécessité pour ou avec une tumeur abdominale.

Le 23 mars 1871, Linser pratiquait l'extirpation du rein pour répondre à des indications semblables à celle que présentait la malade de G. Simon. Un homme blessé d'un coup de feu à la région lombaire offrait en ce point une fistule rénale avec complication de calculs. Le rein fut enlevé par une longue incision étendue de la douzième côte à la crête iliaque. Le malade succomba dix heures après l'opération et l'autopsie démontra la présence d'anciens abcès dans le rein du côté droit.

En 1878, même opération pratiquée par Zweissel, d'Erlangen, sur une femme atteinte d'une fistule urinaire faisant communiquer l'uretère et l'utérus. La manœuvre fut laborieuse : le rein ne se laissa que difficilement isoler de sa capsule ; sa substance se déchira sous les doigts du chirurgien et cette déchirure fournit une hémorrhagie abondante qui ne put être arrêtée que grâce à l'application d'une pince à larges mors plats. Néanmoins la malade, opérée le 8 janvier, était complètement guérie le 23 mai de la même année.

Enfin tout récemment le (20 mai 1880), le professeur L. Lefort, revenu de son aversion pour cette hardiesse chirurgicale, tenta de tarir par l'extirpation du rein une fistule urinaire de la région lombaire chez un homme qui s'était donné un coup de tranchet dans le ventre huit mois auparavant. Des explorations méthodiques et une discussion raisonnée des signes avaient permis de diagnostiquer une blessure de l'uretère droit. Le cas était à peu près désespéré ; le blessé miné depuis longtemps par la fièvre hectique, succomba cinquante heures après l'opération. En résumé

sur quatre néphrectomies pratiquées dans le cas de fistule urinaire par lésion de l'uretère ou du rein deux succès et deux revers. La proportion est d'autant plus encourageante qu'il ne me paraît pas difficile de saisir la cause de ces derniers et d'en tirer des enseignements précieux.

Le malade de Linser avait le rein *droit* altéré et criblé d'abcès : celui du professeur Lefort était arrivé au dernier degré de marasme.

Les altérations rénales pouvaient être soupçonnées chez le premier de ces malades. L'examen des urines y démontrait du pus, des corpuscules sanguins et parfois des moules cylindriques, et l'exploration de la région lombaire du côté sain y révélait une douleur manifeste. Il y avait certes là de quoi faire réfléchir, et je trouve dans ces données les éléments nécessaires pour faire prévoir un insuccès. Ce mauvais état bien constaté d'un rein qui devra seul suffire désormais à l'épuration urinaire devait constituer, à mon sens, une contre-indication absolue à l'opération.

A côté de ces indications assez précises fournies par des fistules urétriques ouvertes en des points divers et rebelles à tout autre moyen que l'extirpation de l'organe sécréteur, la néphrectomie a été pratiquée pour remédier à des affections inflammatoires ou néoplasiques du rein, ou pour combattre les troubles engendrés par le déplacement de cet organe.

Or, ici, je ne crains pas de le dire, malgré quelques succès, l'opération est beaucoup moins justifiée que dans les cas précédents et je n'ai pas besoin de chercher bien loin la cause des échecs.

Dans l'hypothèse où le diagnostic est sûrement établi, — première condition souvent difficile à remplir, — les contre-indications surgissent de tous côtés : s'agit-il d'une pyélonéphrite, calculeuse ou non, assez grave par elle-même pour qu'on puisse songer à enlever le rein ? l'état général du sujet ne doit guère autoriser une pareille opération que rendent presque impossible les complications inflammatoires locales, adhérences anciennes, abcès de voisinage, etc. — A-t-on

affaire à un cancer ? rien de moins encourageant que le pronostic connu des ablations de cancers viscéraux. — Enfin, l'on ne peut guère songer à sacrifier un rein déplacé que s'il est devenu pathologique, ou s'il entraîne des troubles considérables qu'un examen minutieux et longtemps prolongé ne permet pas d'attribuer à une autre cause qu'à son ectopie.

La néphrectomie a cependant été pratiquée avec des chances diverses dans ces différentes conditions.

Encouragé par son premier succès, G. Simon enlève le rein gauche, le 28 août 1871, chez une femme de 30 ans, souffrant depuis douze ans de coliques néphrétiques atroces, ayant causé deux avortements, un amaigrissement extrême et un état prononcé de marasme et d'hypochondrie. Un examen minutieux de l'urine, en dehors des crises douloureuses, avait permis de conclure à l'intégrité du rein droit. Une incision lombaire conduit sur la capsule fibreuse du rein ; après quelques hésitations, Simon l'incise et ne reconnaît pas au doigt la présence de calculs. Cependant il énuclée le rein avec mille difficultés et atteint le pédicule qui est sectionné après avoir été lié. Une forte hémorrhagie qui se produit aussitôt force à recommencer la ligature et nécessite le tamponnement au fond de la plaie.

Le rein ouvert présentait une cavité qui logeait 18 à 20 calculs de la grosseur d'une lentille à un noyau de cerise.

Trente et un jours après l'opération, la malade succombait à une péritonite généralisée et à une pleurésie purulente double.

Une femme de 43 ans, souffrait depuis plusieurs années, de douleurs violentes dans la région rénale droite et présentait les symptômes ordinaires des calculs rénaux, y compris l'hématurie. Néanmoins elle n'avait jamais rendu de calculs et la sonde n'en avait pas révélé la présence. M. Durham, après consultation préalable avec ses collègues de *Guy's hospital*, mit le rein à découvert par une incision faite sur le bord externe du muscle carré des lombes, l'explora aussi loin

que possible sans l'enlever et, ne trouvant rien d'anormal, laissa l'organe en place.

Après quelque temps d'amélioration, la douleur revint, augmentée surtout par la pression. L'extirpation du rein fut décidée et pratiquée : l'organe enlevé était *absolument sain*. La malade mourut dans la semaine et l'autopsie démontra l'intégrité parfaite du rein gauche, de la vessie et des uretères. — (BRITISH MEDIC. JOURN., 18 mai 1872).

L'opération paraissait plus justifiée dans le cas suivant, dû au docteur J. Peters, chirurgien de *Saint-Luke's hospital*. (NEW-YORK MEDIC. JOURNAL. NOV. 1872). Chez un malade de 36 ans, présentant depuis deux ans les signes d'une pyélite calculeuse avec tumeur considérable du rein droit, une ponction exploratrice donna issue à trois onces de pus clair, fournit la sensation d'un calcul rénal, et l'on crut la néphrectomie indiquée. Le rein mis à découvert, on ne put trouver le bassin qui, contrairement aux prévisions, n'était nullement distendu. Le rein lui-même était parsemé de petites poches purulentes, et son ablation fut décidée. L'opération dura deux heures et demie, et le malade s'éteignit au bout de trois jours d'une manière lente et graduelle. L'examen du rein malade, de l'uretère et des vésicules séminales y démontra les dépôts caséeux de la tuberculose génito-urinaire, sans aucune production calculeuse.

Même résultat plus rapidement désastreux encore chez un étudiant en médecine de 33 ans, atteint de pyélo-néphrite et de hydronéphrose gauches, avec phénomènes de lithiose rénale. Le professeur V. Damreicher (de Vienne) crut la néphrectomie justifiée et la pratiqua le 1 août 1877, suivant la méthode de Simon. La division, couche par couche, des tissus sous-jacents amena l'opérateur dans des tissus fibreux très épais, très vasculaires, où l'on ne se reconnaissait qu'avec peine : enfin on ouvrit une cavité suppurée à la partie supérieure de laquelle le doigt crut trouver le rein dégénéré. Pour pouvoir isoler et enlever celui-ci, l'on dut prolonger l'incision en haut jusqu'à la dernière côte. A ce moment un sifflement

caractéristique indiqua que le diaphragme avait été fendu et la plèvre ouverte en même temps qu'une des artères diaphragmatiques inférieures était sectionnée. La situation devenait inquiétante : le malade menaçait de succomber à chaque instant. L'artère fut liée avec beaucoup de peine ; les artères rénales saisies avec un fil, on enleva ce que l'on supposa être le rein malade : mais une hémorrhagie considérable obligea l'opérateur à pratiquer la ligature en masse au-dessus des parties qu'il enleva. On fit des efforts réitérés et infructueux pour oblitérer l'ouverture du diaphragme ; le malade mourut au bout de 24 ou de 36 heures. A l'autopsie on trouva que la plèvre était le siège d'un épanchement purulent : elle était largement ouverte ; la 12^e côte n'avait que trois centimètres et demi de long, et c'était la 11^e que l'on avait prise pour elle. Le rein gauche était entièrement transformé en coque fibreuse dont une partie seulement avait été extirpée ; le reste était étreint par la ligature en masse. Il n'y avait pas de calculs.

J'ai insisté assez longuement sur les détails de cette opération pour en montrer les péripéties possibles et les difficultés imprévues créées par les adhérences du rein dans son atmosphère enflammée.

L'unique succès obtenu dans ces conditions appartient à Czerny (CENTRAL. F. CHIRURG., p 45, 1879). Sur une femme de 32 ans, atteinte de pyélo-néphrite et périnéphrite du côté droit avec fistule rénale, Czerny débrida d'abord la fistule et pour se donner du jour fit la résection sous-périostée de la onzième côte sur une longueur de neuf centimètres ; avec la main il décolla le rein qui était entouré de caillots sanguins anciens volumineux, lia le pédicule avec un fil de soie et une ligature élastique et enleva la glande. Les suites de l'opération furent simples. Quatre mois après la malade avait repris ses forces, bien que la plaie ne fût pas encore tout à fait fermée.

En résumé, dans six opérations pratiquées pour remédier à des lésions inflammatoires chroniques du rein, réelles ou

supposées, avec ou sans calculs, la mort survint cinq fois. Dans quatre cas elle suivit de très près la tentative chirurgicale, qui seule en fut la cause chez le malade où l'organe extirpé était sain (Durham). Dans l'observation de G. Simon, elle survint le 31^e jour par une péritonite tardive provoquée par une exploration ou par un écart de régime.

Un seul cas (Czerny) fut suivi d'une guérison définitive.

Nous avons passé en revue les opérations de néphrectomie pratiquées pour remédier à des fistules rebelles de l'uretère, siégeant à des points divers de la paroi abdominale, ou pour obtenir la guérison de pyélo-néphrites, calculeuses ou non. Nous avons cherché à discuter les indications de cette intervention dans l'un et l'autre cas, et nous avons montré combien, dans les affections inflammatoires chroniques du rein, l'opération devait rencontrer et a rencontré de difficultés tenant aux lésions de voisinage, adhérences et abcès, et combien peu elle présentait de chances de réussite.

Il nous reste à étudier les néphrectomies qui ont été pratiquées pour le cancer du rein, pour ses déplacements et pour ses lésions traumatiques.

Les considérations générales que nous présentions à propos de l'ablation du rein chroniquement altéré par une suppuration d'origine calculeuse ou autre, trouvent encore toute leur valeur quand il s'agit du rein cancéreux. Les incertitudes du diagnostic, les limites connues et les rapports suspects de la tumeur à enlever, les mauvaises conditions générales du sujet à opérer, la gravité des opérations préliminaires qui doivent conduire sur l'organe malade, constituent un ensemble de données défavorables qui permettent de prévoir combien sont bornées les indications et médiocres les chances de succès.

En outre, l'opération ne pouvant être exécutée que par la voie abdominale, sa gravité particulière se trouve augmentée de la gravité inhérente à toutes les manœuvres de la laparotomie.

Dans tous ces cas, en effet, l'ablation du rein dégénéré et

augmenté de volume a dû être faite par une incision pratiquée à la paroi abdominale antérieure.

La première opération de ce genre date de 1861 et appartient à Ch. Hoddart; l'observation est singulière à plusieurs points de vue.

Chez un malade de 58 ans, portant depuis 6 ans une tumeur volumineuse remplissant l'hypochondre droit, ayant une consistance semi-solide et semblant avoir un pédicule sur un des sillons du foie, avec un point d'implantation plus large sur la paroi postérieure de l'abdomen, Hoddart pensa qu'il s'agissait d'une tumeur kystique du foie comprimant le rein droit et produisant sur ce dernier une irritation suffisante pour expliquer l'albuminurie dont le malade présentait des signes. De concert avec le docteur Wolcott, il crut que l'opération seule pouvait donner quelque chance de guérison.

L'incision de la paroi abdominale conduisit sur une tumeur encéphaloïde volumineuse ayant un épais pédicule postérieur qui fut incisé après ligature. En la sectionnant, on reconnut qu'elle provenait du rein dont la partie supérieure, non dégénérée, avait ses tubes et son bassinets normaux. Le malade vécut encore quinze jours et mourut par l'abondance de la suppuration.

Le 10 décembre 1878, Martin présenta à la Société de gynécologie de Berlin le rein droit d'une femme âgée de 53 ans, chez laquelle des hématuries, des humeurs dans la vessie, des douleurs sourdes dans le côté droit, avaient permis de diagnostiquer un cancer rénal. Le rein dégénéré fut enlevé par la laparotomie, et dix-neuf jours après l'opération la malade était complètement guérie.

L'observation suivante de Czemy, de Heidelberg, contient des péripéties opératoires émouvantes et démontre une fois de plus les dangers d'une pareille intervention.

Chez un malade de 50 ans, portant une tumeur remplissant toute la moitié gauche de l'abdomen, tellement douloureuse que le patient songait à se suicider, Czemy, consentit à l'opération en représentant à ce malheureux qu'il avait au moins

50 chances sur 100 d'y perdre la vie (19 septembre 1879.) Le mésocolon fut sectionné, et dès que la tumeur fut abordée il se déclara une hémorrhagie formidable. Celle-ci ne put être arrêtée temporairement que par la compression de l'aorte, et dès que cette compression fut cessée l'hémorrhagie recommença de nouveau. Czemy, voyant tous les symptômes d'une mort rapide par hémorrhagie, fit la ligature de l'aorte. L'hémorrhagie s'arrêta ; après quoi le ventre fut refermé et on rapporta le malade dans le lit. Deux heures après survinrent l'anesthésie et la paralysie des membres inférieurs, lesquelles persistent jusqu'à la mort, qui arriva dix heures après l'opération.

A l'autopsie, on trouva que l'artère rénale avait été déchirée tout près de son entrée dans la tumeur, et que la ligature de l'aorte avait été placée entre les artères rénales, de sorte que le sang pouvait encore arriver dans le rein droit.

Le professeur Kocher (de Berne) ne fut pas plus heureux dans deux opérations pratiquées, l'une chez un enfant de 2 ans et demi (*DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FÜR CHIRURGIE*, 1878), l'autre chez une femme de 35 ans. L'enfant succomba quarante-huit heures après l'opération, ayant perdu beaucoup de sang, à plusieurs reprises, par de gros troncs veineux qui sortaient de la tumeur et qui s'étaient déchirés, malgré toutes les précautions.

La femme, extrêmement anémiée avant l'opération par des hématuries antérieures, présentait dans le flanc droit une tumeur tout à fait mobile que divers signes permirent de reconnaître pour un rein déplacé et dégénéré.

Pendant l'opération, un instrument qui jusqu'alors avait bien fonctionné refusa son service. On fut assez long à le remplacer. Puis l'extirpation du kyste sembla si difficile qu'on résolut de ne pas mettre plus longtemps la vie de la malade en péril ; on referma la plaie. La mort survint le soir du troisième jour au milieu des symptômes de péritonite.

Il me semble difficile, avec un nombre aussi restreint de faits, de juger une pareille opération ; cependant, s'il m'est

permis de donner mon impression personnelle, je ne vois pas d'un œil favorable une intervention, assez grave par elle-même pour compromettre la vie d'une manière immédiate, sans assurer, en cas de réussite, une survie que le pronostic habituel des cancers viscéraux permet de prévoir courte et misérable, et alors qu'il n'y a pas d'indication urgente pouvant légitimer et justifier la tentative. Je dirai volontiers à propos de ces cas qu'il est des malades qu'il faut savoir laisser mourir, et qu'un succès obtenu de temps à autre ne doit pas pousser les chirurgiens dans une voie pleine d'incertitudes et de dangers.

La hardiesse chirurgicale n'est plus permise quand elle n'est pas justifiée par l'utilité de l'opération.

Les réflexions que m'inspire l'ablation du rein *cancéreux* sont renforcées par les faits suivants que je vais rapporter brièvement, dans lesquels la néphrectomie pratiquée pour *des reins flottants* ne fut suivie que de succès. On verra là toute la différence qui sépare les opérations pratiquées pour affections organiques de l'intervention chez des sujets *sains* et sur des organes *sains* ou simplement atteints d'ectopie.

La première observation de cette nature date de 1871 ; Filmore (AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS, mai 1871) fut consulté par une négresse de trente-trois ans, enceinte, présentant à la partie supérieure de la région lombaire gauche une tumeur mal limitée qui était le siège de douleurs continuelles, tellement vives, que la malade réclamait un soulagement à n'importe quel prix. Filmore, sans être fixé exactement sur la nature de la tumeur, se décida à l'enlever, quelle qu'elle fût, quand même ce serait le rein.

L'opération fut pratiquée par la région lombaire ; l'incision conduisit sur une tumeur renfermée dans un sac herniaire formé par la propulsion en dehors du muscle carré des lombes. L'ablation fut facile. La femme, qui était enceinte de cinq mois, à constitution chétive, guérit complètement et la grossesse suivit son cours.

L'examen de l'organe enlevé le fit reconnaître pour un rein

atrophie et profondément altéré. Même succès dans un cas rapporté par Keppler (ARCH. N. KLIN. CHIR. VON LANGENBECK, 1879) et opéré par Martin, à l'actif duquel on compte trois opérations suivies de guérison rapide.

L'une fut pratiquée chez une femme de quarante-neuf ans, ayant des phénomènes nerveux bizarres qu'on crut pouvoir rapporter à un déplacement du rein dans la région hypochondriacale droite. La tumeur fut enlevée par la laparotomie et deux mois après la guérison était complète.

Les deux autres succès furent également obtenus sur des femmes auxquelles l'ectopie rénale infligeait d'atroces douleurs, et chez lesquelles l'opération fut également faite par la voie abdominale.

Il ne me reste, pour clore cette liste de résultats heureux, qu'à rapporter un cas d'extirpation du rein à la suite d'un coup de couteau dans l'hypochondre gauche.

L'organe faisait hernie à travers la plaie; Brandt, le jugeant désormais inutile et sa rétention dangereuse, en fit la résection le quatrième jour après la blessure. Quinze jours après, le malade quittait l'hôpital sans aucune complication d'urémie ni de péritonite.

Les limites de cet article ne me permettent pas de donner les détails de médecine opératoire qui se rapportent à la néphrectomie; Simon et Linser ont décrit l'un et l'autre des procédés particuliers qui répondent surtout aux cas qu'ils ont opérés, et qui doivent être modifiés suivant les circonstances.

Je signalerai cependant une anomalie possible de la dernière côte, dont la brièveté ou l'absence peut causer de sérieuses complications opératoires. Dans ce cas, en effet, la onzième côte, est prise pour la dernière et l'incision lombaire, partant de ce point, blesse les attaches du diaphragme et ouvre le cul-de-sac pleural. Il se produit alors une hémorrhagie abondante et un pneumothorax traumatique, capables d'entraîner la mort immédiate du sujet. (Dumreicher.) Je renvoie pour ces détails à un travail de M. Holl, professeur à Vienne. (ARCH. F. KLIN. CHIRURG., vol. XXV, p. 224, 1880.) — F. BOTILLY.

Des terreurs ou cris nocturnes des enfants.

Par STEINER.

Malgré la fréquence des frayeurs nocturnes chez les enfants, la littérature médicale fait à peine mention de cet intéressant sujet. C'est à ce titre que le professeur Steiner a cru utile d'appeler l'attention sur ce genre d'accidents qui échappe le plus souvent à l'observation des médecins.

De quelle façon se manifestent ces terreurs nocturnes des enfants ?

Le cas suivant, que nous empruntons, à l'auteur, en dira plus long que l'exposé symptomatologique le plus détaillé :

V. N..., petite fille âgée de 5 ans, de constitution délicate, sujette aux ophthalmies scrofuleuses, se couche après avoir mangé de bon appétit, comme à l'ordinaire, et avoir joué tranquillement avec son frère, après son repas du soir. A ce moment, un cri perçant retentit dans la chambre à coucher des enfants. Les parents accourent en toute hâte et trouvent la petite fille, dressée sur son séant, poussant des gémissements et des cris, tantôt les mains levées et jointes, comme pour implorer du secours, tantôt les bras étendus comme pour repousser violemment un objet, et s'écriant sans cesse ; " Mon Dieu ! mon Dieu ! oh ! ma mère ! ma mère ! " etc. Les traits expriment la terreur, le front est baigné de sueurs, la tête est chaude et brûlante, les yeux ouverts, tantôt hagards, semblent fixés sur un objet effrayant, tantôt animés de mouvements désordonnés, ne cessent de rouler dans leurs orbites. Les pupilles légèrement rétrécies, les battements du cœur tumultueux et énergiques, le pouls accéléré (120), la température du corps restant normale. En même temps, l'enfant ne paraît pas avoir conscience de ce qui se passe autour d'elle, elle ne reconnaît plus ceux qui l'entourent, et reste absolument sourde aux paroles de ses parents, comme insensible à leurs caresses. Tous les efforts pour la rassurer et dissiper ses craintes chimériques restent impuissants. L'enfant semble toujours sous le coup de l'impression terri-

fiante qui la frappe ; elle continue à crier, à pleurer, à gémir, jusqu'à ce qu'enfin le calme revient après de longs sanglots. Déjà elle reconnaît ses parents, se jette dans leurs bras comme pour implorer leur appui et leur protection contre l'ennemi imaginaire qui la menace et l'épouvante ; elle les supplie de rester auprès d'elle et de ne pas la laisser dans l'obscurité. Enfin, l'accès de terreur cesse peu à peu, l'enfant s'assoupit et dort tranquillement jusqu'au matin. Interrogée, à son réveil, sur la cause de ses cris et de ses larmes de la nuit, l'enfant ne se souvient de rien de ce qui s'est passé, de ce qu'elle a vu, entendu ou éprouvé ; elle a tout à fait oublié son affreux cauchemar, ses rêves, ses frayeurs et ses cris. Le lendemain, elle ne ressent ni douleur, ni fatigue et reprend ses jeux comme à l'ordinaire. Ce bien-être dure huit jours sans que rien ne vienne troubler en rien le repos de ses nuits ; au bout de la semaine, dans la soirée, vers dix heures, et sans cause appréciable, l'accès reparait et se reproduit vers minuit, mais avec une durée et une intensité moindres que la première fois, d'ailleurs avec les mêmes phénomènes et la même évolution. Quatre jours après, nouvel accès ; puis un temps d'arrêt complet de 8 semaines, et ainsi de suite. Depuis près de deux ans, les crises nocturnes se reproduisent avec la même périodicité, et, pendant tout ce laps de temps, l'enfant ne présente aucun autre phénomène morbide.

Ces accès nocturnes n'offrent pas toujours les mêmes caractères, la même violence chez tous les sujets. Dans certains cas, les enfants se réveillent en sursaut, profèrent quelques paroles incohérentes qui trahissent leur frayeur ; ils jettent des regards effarés autour d'eux et semblent tout tremblants ; mais 2 ou 3 minutes après, ils se retournent de l'autre côté dans leur lit et se rendorment, tandis qu'une sueur profuse couvre leur visage. Quelquefois la crise peut durer plus d'une heure. Après l'accès, il y a souvent émission abondante d'une urine très claire.

Quelle est la nature de ces accès de frayeur nocturnes ? Les opinions sont divergentes à cet égard.

C. H. Hesse (*Ueber das nachtlüche aufschrecken der Kinder im Schlofe*, Altenbourg, 1845) considère ces crises comme une maladie particulière offrant une étroite analogie avec la manie transitoire: l'une appartiendrait exclusivement à l'enfance; l'autre, au contraire, affecterait seulement les adultes.

Dans le premier cas l'enfant croit être en danger et croit voir des apparitions effrayantes, il cherche à les fuir ou à s'en défendre.

Selon Ch. West (*Diseases of the Children*), ces accès ne constituent pas le symptôme d'une affection encéphalique primitive, mais un simple trouble cérébral lié aux désordres gastriques ou intestinaux, et en particulier à la constipation. M. Bouchut (*Traité des maladies des enfants*) les considère comme le résultat d'une excitation sympathique et consensuelle du cerveau tout à fait indépendante de l'irritation cérébrale primitive. Selon lui, la cause prochaine des accidents est le plus souvent un rêve dans lequel les enfants croient voir un animal se ruant sur eux ou quelque fantôme plus ou moins effrayant. Les troubles gastriques (repas trop tardifs) et l'éducation psychique semblent y avoir une part plus considérable que la dentition, sur laquelle la plupart des auteurs anglais ont insisté.

Sidney Ringer (*Medical Times and Gaz.*, mai 1867) pense que l'accès est simplement la continuation ou l'effet du réveil incomplet dans le cours d'un sommeil agité, en un mot quelque chose d'analogue au cauchemar (*nightmare*) chez les adultes.

D'après son expérience les enfants sujets à ces crises nocturnes sont pâles et chétifs.

La cause immédiate paraît être un trouble des organes digestifs, variable suivant les sujets: chez nous c'est la diarrhée; chez d'autres la constipation qui doit être invoquée. La cause occasionnelle de ces troubles gastro-intestinaux est tantôt l'alimentation mauvaise, irrégulière ou trop copieuse, tantôt les vers intestinaux, et notamment les ascariides lombricoïdes, d'autres fois la dentition semble devoir entrer en ligne de compte.

D'après les observations de S. Ringer, les convulsions ne s'ajoutent aux cris nocturnes que lorsque les enfants ont été précédemment atteints d'éclampsie.

Enfin, le professeur Steiner expose de la façon suivante sa propre opinion :

Les cris nocturnes ne sont que l'expression d'une irritation cérébrale qui se produit d'ordinaire sous la forme d'un rêve terrifiant pendant le premier sommeil, et dans lequel les objets qui causent l'épouvante (chiens, chats, loups, spectres et fantômes) impressionnent si vivement les enfants qu'ils s'éveillent en sursaut, crient, pleurent, appellent au secours, sans pour cela recouvrer complètement la connaissance. Cet état présente une analogie frappante avec l'extase transitoire compliquée d'hallucinations visuelles de nature terrifiante.

Par quoi cette excitation cérébrale est-elle causée ?

A cela, Steiner répond que les enfants affectés de terreur nocturne sont le plus souvent délicats, faibles, nerveux, anémiques et présentent tous les attributs de la scrofule ou du rachitisme. Si l'on ne peut invoquer chez eux les troubles gastriques, l'helminthiase ou la dentition, on est bien obligé de chercher la cause de ces accès dans une irritation cérébrale idiopathique, ayant sa source dans une constitution morbide, et dans une alimentation défectueuse et mal appropriée.

Certaines causes éloignées ou accidentelles peuvent exercer leur influence sur le nombre et sur l'intensité des accès, mais l'élément primordial sera toujours, suivant Steiner, un trouble nutritif du cerveau.

Cette affection n'est souvent, à la vérité, qu'un accident passager, qu'un trouble secondaire disparaissant, sans laisser de traces, sous l'influence d'une hygiène alimentaire physique et morale mieux dirigée. Dans quelque cas, cependant, surtout lorsque les paroxysmes augmentent de fréquence et d'intensité, il faut y voir le prodrome précoce d'une affection cérébrale sérieuse et agir en conséquence. Cette opinion est partagée par ceux mêmes qui ne voient dans ces troubles qu'une simple irritation réflexe (West et Bouchut).

Diagnostic de l'accouchement clandestin non récent.

PAR WACHS.

Les médecins experts sont souvent consultés par la justice en cas de soupçon d'un accouchement clandestin qui remonte à des semaines ou même à des mois. Le plus souvent il s'agit d'accouchement à terme chez des primipares. Dans son mémoire l'auteur soumet à une analyse critique les divers indices sur lesquels pourra s'appuyer le rapport.

Il range ces signes sous deux groupes :

Groupe A : composé de ceux qui dépendent de troubles ou retard dans le travail d'involution qui suit l'accouchement normal. En effet, les femmes, pour n'être pas soupçonnées, ne se sont pas soumises au repos nécessaire dans leur situation.

1o Présence de lait dans les seins,

2o Relâchement considérable des parois abdominales,

3o Involution utérine incomplète.

Groupe B : comprenant des états secondaires tenant les uns au développement progressif finalement considérable du corps contenu dans l'utérus, les autres à son expulsion à travers le canal génital.

1o. Vergetures.

2o Col utérin mou, cylindrique, avec un orifice ne représentant plus une fente transversale.

3o Déchirure du col.

4o Déchirure de la fourchette, ou même déchirure du périnée cicatrisée.

Quand les éléments de diagnostic appartenant au groupe A existent tous chez une primipare, le soupçon d'un accouchement secret ayant eu lieu il y a un certain temps est déjà très-vraisemblable.

S'il vient s'y ajouter tous les signes du groupe B ou du moins la plus grande partie d'entre eux, cette haute probabilité devient une certitude, parce qu'aucun autre facteur morbide ne peut donner lieu à un tel complexe symptomatique.

En revanche, n'ont aucune valeur dans le cas présent : les

caractères tirés de la forme et de la couleur des seins, du mamelon et de l'aréole, l'absence de sécrétion lactée, la destruction de l'hymen, la laxité du fond du vagin, l'existence de varicosités et de varices des membres inférieurs, toutes lésions qui peuvent être le résultat de causes étrangères.

La coloration virginale, rosée claire de l'aréole a cependant sa valeur négative. L'existence d'éraillures du derme dans la moitié inférieure de la mamelle a une importance réelle. Il en est de même des vergetures, parce qu'il s'agit en général d'individus jeunes qui ne présentent ordinairement pas les maladies pouvant donner lieu à des stigmates semblables, d'ailleurs l'absence des vergetures n'exclut pas directement la possibilité d'un accouchement.

Malgré ce qu'on a prétendu souvent, la fourchette peut rester intacte à la suite d'un premier accouchement, mais alors sa flaccidité est telle qu'on s'explique très bien que le toucher seul ait méconnu son existence ; il faut procéder à un examen sérieux, en pleine lumière, et en faisant mettre la femme en travers du lit.

La disposition des rides transversales du vagin coïncidant avec le relâchement des parois de ce conduit est un élément diagnostique de grande importance. On n'utilise pas assez la sonde utérine pour se rendre compte des dimensions de la matrice. Souvent cet instrument révèle une augmentation de volume de l'utérus qui a échappé précédemment à l'exploration ventrale, à cause de la flaccidité des parois de l'organe.

Mixture de Startin.

R. Sulphate de magnésie.....	ʒi
Sulphate de fer.....	ʒi
Acide sulfurique dilué.....	ʒiij
Teinture de gentiane.....	ʒi
Eau.....	ʒiiij

M.

Deux cuillerées à soupe après chaque repas.

Cette préparation est employée avec le plus grand avantage dans l'érythème multiforme, l'eczéma érythémateux, et l'urlicaire.— *Canada Lancet.*

DE L'ACTION DU CHLORAL HYDRATÉ.

Par le Dr. W. M. KIRPATRICK MURPHY.

L'auteur ne donne pas sans réserves son suffrage au nouvel hypnotique. Sans contester la valeur du chloral, il s'élève contre les éloges immodérés dont ce médicament a été l'objet. Qu'on puisse l'employer avec avantage dans les cas aigus, pour donner temporairement un sommeil artificiel, ou pour amoindrir l'intensité de certains symptômes, l'auteur anglais y souscrit; mais il ne le trouve point également applicable aux cas chroniques, et lui reproche d'être alors fréquemment inutile ou même dangereux.

L'hydrate de chloral agit rapidement, quand il agit, mais combien ne rencontre-t-il pas de sujets primitivement réfractaires ou rapidement devenus tels par accoutumance? Dire qu'il est sans inconvénients est encore moins exact, puisqu'il provoque parfois du délire, et qu'on l'a vu, dans une circonstance, occasionner la mort, bien qu'administré à la dose de deux grammes quarante centigrammes seulement. Que si l'on en poursuit longtemps l'emploi dans une affection chronique, on s'expose à voir survenir des accidents qui varient depuis la paralysie partielle de l'œsophage, dans l'ordre physique, ou l'affaiblissement de la mémoire et des facultés intellectuelles, dans l'ordre mental, jusqu'à la paralysie complète ou l'entière imbécilité. Les facultés morales peuvent n'être pas épargnées davantage: la décadence de la conscience et du libre arbitre, l'égoïsme, la duplicité, la fourberie se trahissant d'une façon puérile, sont autant de fruits du *chloralisme*. Ce dernier, quand l'abus du chloral a été excessif, peut être poussé si loin qu'il constitue, à côté de l'alcoolisme chronique, de l'intoxication graduelle des mangeurs d'opium, etc., une entité morbide véritable offrant matière à une description spéciale.

À l'appui de ses assertions, Murphy rapporte trois faits relatifs à des individus qui avaient abusé du chloral durant des mois ou des années. Parmi les symptômes observés sur

ces malades, on peut citer l'incapacité de faire aucun effort, une teinte érythémateuse de la tête et du cou, un état spasmodique des muscles faciaux, la paralysie partielle de l'œsophage, l'affaiblissement de la vue, la congestion des yeux, le larmoiement, l'exophthalmie, la mydriase, une altération dans la texture des cheveux, des douleurs dans les jambes, de la paraplégie, une tendance à sans cesse augmenter la dose du médicament, de fréquentes nausées après l'ingestion de celui-ci, enfin, lors du réveil, une soif ardente avec sécheresse de la gorge et de la langue, une grande sensibilité nerveuse, des nausées, du vertige, du mal de tête.

Le chloral, remarque l'auteur, agit primitivement sur le cerveau et le système nerveux ; indirectement, quoique presque simultanément, sur le cœur et le système vasculaire. De là, quand on en use avec excès ou mal à propos, une série d'accidents que la théorie permet de prévoir et dont l'expérience confirme la réalité. Conclusion pratique : 1o donner, sauf contre-indication, l'hydrate de chloral dans les affections aiguës lorsqu'on veut produire une action hypnotique ou sédative, occasionnelle ou temporaire ; 2o le bannir, comme insidieux et nuisible, du traitement des maladies chroniques.

Impression héréditaire.

Un fait curieux est arrivé dernièrement à l'Hôpital de Pennsylvanie. Une femme presque mourante d'une brûlure récente, donna naissance à un fœtus de huit mois et demi qui présentait une ecchymose de la surface du corps correspondant exactement aux parties brûlées de la mère. C'est un bel exemple d'impression naturelle dans les derniers mois de la grossesse. L'enfant était sans vie, mais le cœur fœtal avait été entendu quelques heures avant la naissance de l'enfant. Il n'y avait pas de symptômes syphilitiques. L'enfant était d'ailleurs bien conformé.—*Boston Med. and Surg. Journal.*

De l'hymen et de son importance en médecine légale.

Par E. GARIMOND.

Les mots viol, attentat à la pudeur, n'ont une signification nette qu'au point de vue de la criminalité ; ils n'ont pas de représentants analogues dans le langage purement médical, et leur valeur est en partie déterminée par la rédaction des articles du Code pénal 330, 331, 332. Ils présentent par cela même une confusion peu facile à éviter.

Pour remédier à cette confusion, les médecins-légistes modernes ont été amenés à faire jouer un rôle excessif à la membrane hymen.

L'absence congénitale de l'hymen est un fait exceptionnel mais incontestable ; cette membrane disparaît d'habitude au moment où les organes de la génération accomplissent le but définitif pour lequel ils ont été formés ; elle est alors ordinairement divisée, déchirée ou détruite en entier.

Or, pour ces auteurs, un attentat commis avec violence en deça de la membrane hymen, serait d'une toute autre nature qu'un attentat commis également avec violence, mais accompagnée de la rupture de la membrane obturatrice, de la déflo-ration en un mot. Le premier attentat n'est qu'un simple attentat à la pudeur, le second est un viol.

Doit-on vraiment séparer des actes de même nature, parce qu'un simple tissu de peu d'importance a été respecté dans un cas, déchiré dans un autre, alors surtout que la membrane peut ne pas exister, soit par suite d'une destruction accidentelle antérieure, soit par suite d'une organisation anormale ? Le professeur Taylor a écrit déjà : " médicalement parlant, une certaine intromission peut exister sans destruction véritable de l'hymen, et, moralement parlant, le crime sera le même, que la membrane hymen soit ou ne soit pas rompue ; car, comment serait-il possible de réprimer ce que la société s'accorde à considérer comme un crime odieux, si l'on admet les experts à discuter les degrés d'intromission pour la constitution du crime ?

M. Garimond cite deux exemples nouveaux d'absence de la membrane hymen. Le premier concerne une enfant normalement conformée, venue au monde depuis quelques heures seulement, et après un travail régulier. Dans un second cas, il s'agit d'une enfant de cinq mois, chez laquelle la membrane hymen manquait en entier, en même temps que les caroncules myrtiformes.

Evidemment l'absence de l'hymen, dans les cas de ce genre, ne permet pas que l'on fasse servir cette membrane à déterminer une limite entre les deux zones génitales externe et interne, au point de vue médico-légal.

D'autre part, la présence d'un hymen complet, signalée déjà par différents auteurs chez des femmes enceintes, plaide dans le même sens. M. Garimond rapporte un fait de persistance de l'hymen chez une femme mariée depuis plus d'un an et arrivée au terme de la grossesse. N'est-il pas certain que, dans un cas semblable, l'intromission pourrait avoir lieu *avec violence*, sans que l'hymen soit déchiré, sans qu'il y ait défloration.

La défloration ne peut donc pas être prise pour caractéristique du viol.

Pour séparer nettement le viol et les attentats à la pudeur, M. Garimond propose de donner le dernier nom à tous les actes coupables, sur l'un ou l'autre sexe, commis en dehors de la sphère génitale de la femme. La dénomination de *viol* serait réservée, comme le propose d'ailleurs M. Tardieu, à toute violence, de quelque nature qu'elle soit, exercée sur les organes sexuels de la femme.

BOCHEFONTAINE.

NÉVROSES.

SUR UN CAS DE TÉTANIE SURVENUE DANS LE COURS D'UNE PÉRICARDITE RHUMATISMALE.

Il s'agit dans cette intéressante observation d'une jeune fille de treize ans, qui fut prise au mois de novembre 1878 d'une péricardite caractérisée par ses signes habituels. Il y avait au niveau de la région précordiale une vive douleur qui s'irradiait vers l'épaule gauche et jusqu'au bout des doigts. Les battements du cœur étaient tumultueux, le pouls irrégulier. La malade éprouvait une dyspnée considérable et ne pouvait rester couchée sur le côté gauche. La face était anxieuse, et il y avait une tendance à la syncope. A l'auscultation on percevait un frottement double, qui occupait toute la région précordiale. Les parents racontaient que, deux ans et demi auparavant, cette petite fille avait eu une attaque de rhumatisme qui l'avait retenue cinq semaines au lit. Le médecin avait déclaré à cette époque que le cœur était touché. Quatre jours avant l'explosion de la péricardite actuelle, l'enfant avait été de nouveau prise de douleurs articulaires, légères cette fois, et offrant tous les caractères du rhumatisme subaigu. Mais ce n'est pas tout. En même temps que les phénomènes cardiaques étaient survenues des contractions spasmodiques du pouce et des doigts de la main gauche. Bientôt la main droite était prise à son tour. Ces spasmes intermittents se traduisaient par une adduction forcée des pouces, sur lesquels les autres doigts venaient s'appliquer avec force, et cela pendant dix minutes environ. Ces attaques se reproduisaient plusieurs fois par jour. Bientôt la contracture gagne les orteils droits, puis les orteils gauches, puis les articulations du poignet, du cou-de-pied, du genou et du coude. Cet état de choses dura jusqu'au 20 janvier, époque à laquelle les spasmes cessèrent complètement. Le 31 janvier cependant il y eut trois nouvelles attaques légères, qui se répétèrent les jours suivants. Depuis, la situation s'est beaucoup améliorée, mais la contracture reparait de temps en

temps. L'affection cardiaque s'est modifiée dans un sens favorable, mais il subsiste un fort souffle systolique à la pointe.

Par exclusion, l'auteur est conduit à considérer le rhumatisme comme le point de départ et la cause des accidents convulsifs observés dans ce cas. Ce fait remarquable mérite d'être rapproché des observations si nombreuses aujourd'hui de chorée rhumatismale.

DR BEATTIE SMITH.

SUR UN CAS D'ATHÉTOSE OBSERVÉE CHEZ UN ENFANT ; ATROPHIE DE LA MAIN ET DU BRAS ; PAS DE PARALYSIE ANTÉRIEURE.

Il s'agit d'un petit garçon de six ans, entré à l'hôpital le 10 septembre dernier. Lorsqu'il est éveillé, il présente des mouvements lents et continuels de la main droite et des doigts. Tous les muscles paraissent contribuer à ces mouvements, mais sans régularité. C'est ainsi que les doigts sont tantôt dans la flexion, tantôt dans l'extension. Parfois les uns sont plus ou moins fléchis, tandis que les autres sont étendus. Une position habituelle de la main est la suivante : l'extrémité du pouce est appliquée contre le centre de la paume de la main, et recouverte par les trois derniers doigts fléchis. L'index, au contraire, est étendu et se meut continuellement. Lorsqu'on demande à l'enfant de soulever un objet, il le fait avec la plus grande difficulté : le pouce vient alors, en effet, s'appliquer contre la paume de la main. C'est entre lui et les autres doigts, convulsivement fléchis, que l'objet est saisi. Mêmes difficultés, lorsqu'il s'agit de lâcher prise. Dans le poignet existent aussi quelques mouvements irréguliers. — Au niveau du pied, la contraction est beaucoup plus limitée. Elle consiste surtout dans une extension du gros orteil, qui fait saillie en haut, tandis que les autres orteils sont irrégulièrement fléchis.

Une mensuration pratiquée avec soin a permis de constater du côté malade une diminution notable de la circonférence du bras et de l'avant-bras. La paume de la main est également atrophiée et diminuée de longueur. La jambe droite est aussi plus mince que la jambe gauche. Seule, la

cuisse présente une circonférence légèrement supérieure. A cette exception près, les membres du côté malade offrent dans toute leur étendue un certain degré d'atrophie.

Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans ce cas d'hémiathétose, c'est que *l'enfant n'a jamais présenté de paralysies ni de convulsions*. La mère, qui est très intelligente, est, paraît-il, absolument affirmative sur ce point. La maladie aurait débuté vers l'âge de deux ans, à la suite d'une légère brûlure de l'index. En quelques semaines, les symptômes avaient acquis au niveau de la main l'intensité qu'ils offrent aujourd'hui. Ce n'est qu'au bout de quelques mois que le pied s'est pris à son tour. (THE GLASGOW MEDICAL JOURNAL, octobre 1880.)

OBSERVATION D'ATHÉTOSE ; MORT ; AUTOPSIE.

Un jeune garçon de 17 ans était devenu épileptique vers l'âge de 13 ans. Ce n'est que depuis six mois qu'il s'était aperçu d'une faiblesse des membres du côté gauche. Bientôt après apparaissaient les mouvements spéciaux de l'athétose. Ces mouvements étaient caractérisés de la manière suivante. Lorsque le malade était assis, il tenait sa main gauche (celle qui était atteinte) avec sa main droite. Lorsqu'on lui faisait quitter cette position, le bras tout entier se mettait à osciller, et la main était le siège de mouvements plus ou moins lents. Le pouce était dans l'extension, les autres doigts fléchis, surtout l'index et le médus ; la position des doigts changeait de temps en temps. Lorsque le patient étendait la main et le bras, les mouvements s'accroissaient davantage. De temps en temps une contraction brusque du triceps projetait le bras en arrière ; d'autres fois c'était le biceps qui le lançait en avant. Tous ces phénomènes cessaient pendant le sommeil. La sensibilité était diminuée du côté malade, et il y avait un peu d'atrophie des deux membres, sans raccourcissement cependant.

A la suite d'une nouvelle série d'attaques épileptiformes, le malade s'éteignit peu à peu dans le coma. A l'autopsie, on trouva la dure-mère congestionnée, mais non adhérente. Le

liquide sous-arachnoïdien, plus abondant que de coutume, présentait une coloration trouble. Les vaisseaux de la surface de l'encéphale étaient congestionnés, et la pie-mère fortement injectée. Les méninges n'offraient toutefois ni épaississement ni opacité.

L'examen histologique, pratiqué par M. Marsh, permit de constater les lésions suivantes :

- 1^o Augmentation considérable du nombre des vaisseaux ;
- 2^o Distension de beaucoup de ces vaisseaux ;
- 3^o Infiltration du tissu par des leucocytes, très marquée dans les gaines périvasculaires.

Ces modifications étaient surtout appréciables au niveau de la substance grise du lobule pariétal inférieur droit et de la première circonvolution temporo-sphénoïdale. Sur beaucoup de points, les leucocytes étaient tellement abondants qu'ils oblitéraient complètement la lumière des vaisseaux, dont plusieurs contenaient en outre des caillots. Les cellules nerveuses, en général, étaient intactes. A gauche, au niveau du lobule pariétal inférieur de la première circonvolution temporo-sphénoïdale et de la zone occipitale, on trouvait également des leucocytes en excès, mais pas d'augmentation notable des vaisseaux.

DR GASTON DECAISNE.

Congrès Médical International.

La septième session du Congrès Médical International sera tenue à l'Université de Londres, du 3 au 9 août 1881, sous la présidence de Sir James Paget, et sous le patronage de Sa Majesté la Reine et de Son Altesse Royale le Prince de Galles. Il y aura quinze Sections pour les travaux du Congrès. Ceux qui ont l'intention de faire quelques communications scientifiques sont priés d'en fournir des extraits aux Secrétaires des sections respectives avant le 30 avril prochain. Il faut adresser toutes les communications à Wm. McCormac, Secrétaire-général, 13, rue Harley, Londres.

Développement des alcalis cadavériques.

Au cours de la décomposition cadavérique, il se forme certaines substances alcalines que l'on a nommées *ptomaines*. L'existence des ptomaines a été contestée ; c'est à tort, et pour appuyer notre manière de voir, nous allons rechercher et démontrer la présence des ptomaines : 1^o dans les viscères d'individus morts en dehors de tout empoisonnement ; 2^o dans les viscères d'individus morts par empoisonnement

Sans rapporter ici les nombreuses expériences auxquelles nous nous sommes livrés, nous nous bornerons à faire connaître les deux faits suivants qui prouvent sûrement qu'il se forme des ptomaines :

A. — Les organes d'un individu asphyxié par l'oxyde de carbone sont analysés quelques heures après la mort ; on les trouve exempts de poison. On examine huit jour après les mêmes viscères et l'on constate qu'ils contiennent une base organique solide présentant les caractères généraux des alcaloïdes, et capable de tuer à petite dose les grenouilles et les cobayes. Il est donc certain que la putréfaction donne naissance à des alcaloïdes organiques, même en dehors de tout fait d'empoisonnement.

B. — Dans le second cas, nous découvrons une ptomaine vénéneuse chez un sujet empoisonné par de l'acide arsénieux, et nous nous trouvons par ce point en parfait accord avec M. le professeur Selmi, de Bologne, qui rencontre la même ptomaine chez deux individus morts aussi par intoxication arsénieuse. L'on voit que la formation des ptomaines peut avoir lieu aussi bien chez l'individu mort sans ingestion de poison que chez celui qui a été intoxiqué, même quand le toxique présente, comme l'acide arsénieux, des propriétés antiseptiques énergiques.

On prévoit dès ce moment l'importance des ptomaines dans les cas d'expertises médico-légales et l'intérêt que présente l'étude de leur mode de formation, de leur nature, de leur composition ; et, dans le cas d'une recherche ordonnée par

la justice, des moyens à employer pour s'opposer à leur production dans le laps de temps qui s'écoule inévitablement entre l'autopsie et le moment où l'on procède à l'analyse des viscères.

Voici les premiers résultats auxquels nous sommes arrivés en nous engageant dans cette voie :

Les propriétés générales des ptomaines sont celles des alcaloïdes organiques et, le plus souvent, leur action toxique ne le cède en rien à celle de nos poisons les plus énergiques.

Il existe plusieurs ptomaines distinctes qui présentent une différence complète d'ordre chimique et d'ordre physiologique. et, pour ne parler ici que d'un seul point de cette question, certaines d'entre elles sont des poisons violents, tandis que d'autres ne sont pas toxiques. On peut dire d'une manière générale que les ptomaines sont vénéneuses 6 fois sur 10.

Chaque cas de putréfaction ne paraît pas donner naissance à des ptomaines distinctes, car nous avons retrouvé le même alcaloïde dans les cadavres d'individus morts dans des conditions absolument différentes. L'expérience a permis, par exemple, de constater l'existence de la même ptomaine chez deux individus intoxiqués, le premier par l'oxyde de carbone, le second par l'acide prussique.

Les ptomaines sont le plus souvent volatiles ; cependant il peut exister des cas où elles présentent de la fixité. Nous avons retrouvé, en effet, une ptomaine analogue à la véralbine dans un cadavre qui avait séjourné dix huit mois dans les eaux de la Seine, et nous en avons rencontré une autre dans une oie qui avait supporté l'action de la chaleur nécessaire à la cuisson.

Les ptomaines, ou au moins certaines ptomaines, sont toxiques pour l'homme. On a, en effet, constaté que douze personnes qui avaient dîné avec une oie corrompue et renfermant une ptomaine liquide, analogue à la cornéine, ont éprouvé tous les symptômes d'un grave empoisonnement, l'une d'elles a même péri en quelques heures après des nausées et des vomissements nombreux et sans qu'il existât un autre fait

que l'absorption de la ptomaine pour expliquer la mort. On peut donc conclure de là que les ptomaines peuvent déterminer la mort de l'homme comme elles le font pour les animaux. Il n'est pas nécessaire d'un temps considérable pour que les ptomaines prennent naissance, puisque dans ces derniers exemples l'oie avait été achetée au marché, le matin même du jour où a eu lieu l'empoisonnement et avait subi l'inspection réglementaire. Le fait de l'individu mort par asphyxie, et chez lequel les ptomaines apparaissent au bout de huit jours, est également une preuve de la rapidité avec laquelle s'engendrent les ptomaines.

D'après nous, l'un des obstacles les plus efficaces à opposer à la formation des ptomaines est le refroidissement, et l'on dispose en ce moment à la Morgue de chambres à air glacé dans lesquelles les cadavres seront conservés sans altérations nouvelles jusqu'au moment où l'on pourra procéder à l'expertise. Ce sont là les premiers résultats du travail long et difficile que nous venons d'entreprendre ; les faits s'accumuleront et leur variété permettra sans aucun doute de résoudre les difficultés sérieuses qu'a fait naître pour l'expertise médico-légale la découverte des ptomaines.

P. BROUARDEL.

Recherche du sang dans l'urine.

Par ALMEN.

On mêle dans un tube à essai quelques centimètres cubes de teinture de gayac avec un volume égal d'essence de térébenthine ; on agite pour former une émulsion, et on verse l'urine de manière à la faire tomber sur la partie inférieure du vase. Une décomposition spéciale ne tarde pas à se manifester ; le teinture de gayac produit rapidement un précipité blanc, puis jaune sale ou vert. Mais si on ajoute une trace de sang à l'urine, on voit la teinture se colorer en bleu plus ou moins intense et souvent même en indigo. Cette teinte ne se développe pas avec l'urine normale ni avec celle qui renferme du pus ou de l'albumine ; elle n'a lieu qu'en présence du sang.

E. HARDY.

La mort par congélation.

Que l'homme adulte bien vêtu et dans les conditions normales puisse supporter les degrés de froid les plus rigoureux, c'est là un fait prouvé par les expéditions polaires, dans lesquelles ceux qui y ont pris part, ont été exposés pendant un temps assez long à un froid de 40° à 50° centigrades, sans que personne ne soit mort de froid. Par contre il est prouvé que dans certaines circonstances la force de résistance contre le froid est diminuée, de sorte que des degrés de froid même insignifiants et même des températures plus élevées que le point de congélation, peuvent déterminer la mort.

De ces circonstances nous citerons en premier lieu l'âge de l'individu. Les enfants, surtout les nouveau-nés, sont très sensibles au froid. Pour ces derniers, s'ils sont exposés au froid, comme cela arrive souvent, sans vêtements et la peau humide, un degré de température de l'air, n'atteignant même pas le point de congélation, surtout si l'air est agité, produit un refroidissement du corps assez fort pour entraîner la mort. Nous devons admettre également que des personnes vieilles et affaiblies, chez lesquelles les processus, donnant naissance à la chaleur, sont peu actifs, peuvent facilement succomber au froid, tandis que les individus jeunes, forts, bien nourris et surtout possédant un fort coussinet graisseux, peuvent supporter avec facilité des degrés de froid très élevés. Mais c'est surtout la maladie, ainsi que l'épuisement par la faim ou la fatigue, qui diminuent la force de résistance au froid et favorisent la mort par congélation. Il faut accorder la même action à des influences morales dépressives, comme le montrent les malheurs de la retraite de Russie de l'armée française.

Il est évident que le sommeil diminue la force de résistance au froid; mais on a pu observer, par un grand nombre de cas, que le sommeil, pendant lequel les individus sont surpris par la congélation, n'est pas normal et est dû en partie à la fatigue ou à l'affaiblissement, en partie à la som-

nolence que provoque le froid lui-même. Wrangel (1) a vu un nombre incalculable de fois les Jakutes dormir tranquillement à l'air libre par un froid de 20° R. Une couverture de cheval étendue sur la neige leur sert de lit, la selle en bois d'oreiller. Ils se couvrent le dos avec leur fourrure, tournent la partie antérieure de leur corps vers le feu, bouchent les oreilles et le nez avec du coton et recouvrent leur figure en ménageant une petite ouverture pour la bouche.

Il est difficile de dire jusqu'à quel point un habillement insuffisant expose à la congélation. L'opinion répandue depuis longtemps que l'abus de l'alcool diminuait la force de résistance au froid, a trouvé une confirmation dans les observations récentes qui ont montré que l'alcool en petite ou en grande quantité rabaisait la température du corps : Le danger croît le plus souvent avec l'ivresse.

On a institué un grand nombre d'expériences (2) pour se rendre compte des phénomènes qui se passent dans l'organisme, après l'action d'un froid intense. Tous les observateurs ont remarqué avant tout une contraction des vaisseaux de la peau, donnant lieu à une congestion des organes internes (cœur, poumons, cerveau), et regardée par la plupart des auteurs comme la cause principale de la mort. Il nous semble cependant, que la contraction des vaisseaux de la peau sous l'action du froid n'est que passagère et fait place plus tard à une diminution de la tonicité des vaisseaux (paralysie des vaisseaux), car la peau n'est pâle qu'au début et plus tard elle est le plus souvent livide, comme nous pouvons nous en convaincre sur nous-mêmes en hiver. Et sous ce rapport

(1) Wrangel' *Reise nach Russich-Siberien*.

(2) Outre les travaux de Krajewsky, Blossfeld, Samson-Himmelstiern, Dieberg, Hæche, Ogston, nous citerons ceux de Pouchet (*Med. Times*, Déc. 1865); — Crecchio, *Della morte pel freddo*, (Morgagni, 1866), — Beck, *Ueber den Einfluss der Kälte* (*Deutsche Klinik*, 1868, n° 6-8); — Vertheim, *Ueber Erfrierung* (*Wr. med. Wochenschr.*, 1870, n° 19-23) — Horwarth *Beiträge zur Wärme inanitia*. (*Allg. Wr. med. Ztg.* 1870, n° 38 et 41).

notre opinion concorde avec les recherches de Horwath qui a montré que le froid paralysait surtout les muscles lisses et cela à un moment où les muscles striés conservent encore leur contractilité. On peut également rapporter à une paralysie des vaisseaux les stases veineuses et l'œdème local que Beck a observés dans ses expériences, de même que les autres symptômes généraux, tels que faiblesse des battements du cœur, anxiété précordiale, diminution de la pression sanguine et de la respiration, augmentation de la quantité de carbone excrétée (Wertheim) et la léthargie pendant laquelle survient la mort. Pouchet a trouvé que le froid détruisait les globules du sang, et qu'il y avait d'autant moins d'espoir de sauver un congelé que la quantité de globules détruits par le froid était plus grande. Crecchio a signalé l'action mortelle du froid sur les nerfs et Horwarth sur les muscles ; ce dernier fait remarquer avec raison que dans l'appréciation des effets du froid il faut prendre en considération non seulement la température du milieu ambiant, mais encore le degré de réfrigération du corps qui va en diminuant du dehors en dedans ; il a observé qu'un cœur de grenouille congelé jusqu'à la dureté d'une pierre, recommençait à battre quand on le réchauffait. tandis que si les muscles étaient refroidis de part en part jusqu'à 50 centigrades leur contractilité disparaissait complètement (1)

Quant aux signes que présentent les cadavres des individus congelés nous ferons remarquer, que la rigidité de congélation du cadavre ne prouve pas que l'individu soit mort de froid, car ce phénomène peut ne se montrer qu'après la mort, que celle-ci soit le résultat du froid ou d'une autre cause. La disjonction des sutures du crâne, que Krajewski a plusieurs fois observée sur des individus congelés, est un phénomène qui s'explique également par la dilatation du cerveau congelé et riche en eau. Certains observateurs (Ogston) ont trouvé sur le cadavre des congelés, une coloration rouge clair de la peau (taches cadavériques), ils ne disent pas s'ils

(1) *Med Centralbl.*, 1873, p. 33.

ont trouvé ces taches d'un rouge clair sur des cadavres observés peu de temps après la mort. Si elles ne se montrent, comme cela est probable, que sur des cadavres dégelés, elles ne prouvent en rien la mort par la congélation, car nous avons observé les mêmes signes sur les cadavres des noyés ou sur ceux qui ont été conservés dans une glacière, parce que l'eau, traversant l'épiderme, apporte de l'oxygène au sang contenu dans les hypostases et le colore en rouge clair, tandis que les hypostases ordinaires offrent la couleur livide connue et due à du sang privé d'oxygène (hyperveineux).

La coloration rouge clair du sang dans les organes internes, signalée par Blossfeld, Ogston et de Crecchio, mais non constante d'après d'autres auteurs (Samson-Himelsstirn), peut n'être due qu'au dégel du corps ; nous avons pu nous convaincre au moins que le sang gelé ne se distinguait du sang normal ni par sa couleur ni par ses caractères spectroscopiques, ni par ses réactions chimiques. Les phénomènes de stase dans la circulation veineuse, ou les hyperémies de certains organes, que l'on trouve sur certains cadavres gelés, ne sont pas caractéristiques. Il s'ensuit donc de ce que nous avons dit qu'il n'y a pas un seul signe qui par lui-même ou par lui seul soit capable de prouver la mort par congélation, de sorte que le diagnostic ne peut se tirer que des circonstances particulières du cas et par exclusion d'un autre genre de mort.

Blossfeld et Brucke prétendent que la raideur cadavérique des gelés peut persister après le dégel, assertion qui est combattue par d'autres auteurs (Sommer).

Les cadavres dégelés se putréfient rapidement, et ce sont surtout les phénomènes d'imbibition et de transsudation qui sont les plus prononcés. Casper-Liman ont déjà fait remarquer que si l'on trouve dans la neige ou dans la glace un cadavre déjà en voie de putréfaction, on peut en conclure avec certitude, que cet homme n'est pas mort de congélation, car un cadavre couché dans la neige ou la glace ne se putréfie pas. Cette assertion est juste en général ; il ne faudra pas oublier

cependant qu'un individu peut réellement avoir été gelé, dégelé pendant une température plus douce et être entré en putréfaction à ce moment, puis avoir été recouvert de neige et gelé une seconde fois. Il y aura donc lieu, dans ces circonstances, de prendre en considération les variations de la température.

La mort par congélation, si fréquente dans les pays du Nord, s'observe rarement dans nos régions. Nous ne connaissons pas de cas de suicide par congélation. Par contre on rencontre quelquefois le meurtre par exposition à un grand froid de personnes hors d'état de se défendre, surtout de petits enfants et de nouveau-nés ; nous avons déjà dit à propos de ces derniers qu'un degré de froid assez minime suffit pour amener leur mort.

E. HOFMANN.

Du traitement des hémorrhoides par l'injection de teinture de perchlorure de fer.

Par W. COLLES.

Colles n'admet pas que les hémorrhoides soient formées par des varices. Le sang qu'elles contiennent, dit-il, ne ressemble en rien au sang veineux. il est rutilant, et présente tous les caractères du sang artériel. De plus, si on examine le rectum après une extirpation d'hémorrhoides, on aperçoit de petites artères coupées, et présentant des battements caractéristiques. Partant de là, il est conduit à considérer la maladie dont il s'occupe, comme l'analogue des nævus des enfants et des tumeurs érectiles artérielles des adultes. Aussi emploie-t-il le même traitement que pour celles-ci ; une injection de perchlorure de fer pratiquée avec une seringue de Pavraz.

Dans une observation qu'il publie on avait employé sans succès l'acide nitrique, et une injection de perchlorure de fer amena la guérison radicale de la maladie.

Bibliographie.

NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE MÉDECINE LÉGALE, par le professeur E. HOFMANN (de Vienne), traduction par le docteur EMMANUEL LÉVY; introduction et commentaires, par le professeur P. BROUARDEL, 1 vol. in-8o de VIII—818 pages.—Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 1881.

Le traité du professeur Hofmann offre tant de points de vue nouveaux que nous ne saurions, eu égard à la place accordée à un simple compte rendu bibliographique, l'analyser dans les détails. Il nous suffira pour aujourd'hui d'indiquer sommairement le plan général de l'ouvrage et d'en apprécier l'exécution, la méthode et l'esprit, nous réservant, dans des revues périodiques que la *Gazette Médicale* consacrera désormais aux questions actuelles de médecine légale, de faire connaître à nos lecteurs, quelque fois peut-être pour les discuter, les opinions du célèbre professeur de Vienne et celles de son savant commentateur français, M. le professeur Brouardel.

Jusqu'ici la plupart des traités de médecine légale, tous peut-être, s'imprégnaient beaucoup trop d'une certaine teinte juridique. Aussi ne semblaient-ils faits que pour le pays auquel l'auteur adressait son travail. Et si le traité de Casper a été traduit en français, celui de Taylor et celui de bien d'autres médecins légistes étrangers n'ont pas eu cet honneur. Le livre d'Hofmann présente peut-être pour la première fois cette marque caractéristique d'être une œuvre presque exclusivement médicale. En effet, Hofmann "n'a indiqué de la législation des différents peuples que ce qui est indispensable, mais il n'a jamais discuté l'interprétation de la loi, la jurisprudence des tribunaux et des cours. En cela il a eu raison. Le médecin légiste peut et doit connaître la loi, mais il n'a pas autorité pour l'interpréter ou pour la discuter." (P. Brouardel, introduction).

En outre, Hofmann, l'un des premiers, a fait bénéficier la médecine légale de la méthode expérimentale. "Je ne me suis pas seulement efforcé, dit-il, de baser mes idées sur mon

expérience propre et sur celle des autres, mais j'ai encore employé, chaque fois que la chose était nécessaire, la voie expérimentale, cette voie, comme pour les autres branches de la médecine, mérite d'être suivie ; elle a donné les meilleurs résultats dans l'étude de la médecine légale, elle devrait être plus souvent utilisée qu'on ne l'a fait jusqu'à présent."

Ce passage, on le voit, renferme à la fois une critique pour le passé et un programme pour l'avenir.

Est-il nécessaire de prendre la défense du passé, et de montrer combien il est difficile, quand on aborde des régions inexplorées, quand on cherche à poser des jalons, de ne pas s'égarer quelquefois ? La médecine légale, dans ses diverses branches, doit assurément beaucoup à Tardieu ; il a frayé des voies. C'est en frayant des voies, il est vrai, que l'on risque de se tromper. Mais ce sont là des erreurs que l'on pourrait presque appeler heureuses, car elles empêchent vos successeurs de vous suivre, et peuvent faciliter la découverte du bon chemin, celui de la vérité. François Bacon l'avait dit déjà : *ex errore citius emergit veritas quam ex confusione*. Donc ne jetons pas la pierre aux pionniers de la science. Nos pierres, apportons-les plutôt au monument qu'ils ont laissé inachevé ; continuons l'œuvre interrompue de nos devanciers sans les blâmer de ne pas avoir couronné l'édifice commencé ; *Ars longa, vita brevis* ; et encourageons les nouveaux venus à persévérer dans l'examen indépendant des questions dont on croyait posséder la solution. Qu'ils rectifient les erreurs ! Ils éclaireront ainsi bien des points obscurs, et mériteront les suffrages de la postérité.

Que sont devenus maintenant les antiques traités de Teichmeyer et de Faselius, de Plenck, d'Haller, de Remer, etc. ? Où sont même les traités plus récents de Fodéré, d'Eusèbe de Salles, d'Orfila, de Devergie ? Nous avons beaucoup mieux déjà depuis plus de trente ans ; depuis Brierre de Boismont et Briand et Chaudé, et surtout depuis Legrand du Saullé, Lacassagne, Lutaud, sans oublier les nombreuses et intéressantes monographies de Tardieu, non plus que les travaux de Tourdes, etc. Aujourd'hui le progrès s'accroît.

Les *Nouveaux éléments de médecine légale* d'Hofmann comprennent deux grandes divisions : la première a pour titre *Partie matérielle* ; la deuxième sous le nom d'*Articles des lois*, s'occupe des formalités à suivre dans les expertises, du choix des experts et des devoirs du médecin légiste.—C'est la première partie qui l'emporte de beaucoup sur la deuxième et par son importance propre au point de vue scientifique et aussi par son étendue. C'est la première partie qui mérite surtout d'attirer l'attention du médecin.

Elle comprend quatre sections :

Dans la première, sous le titre d'*Aptitude à la procréation*, sont traitées les questions relatives à l'impuissance sous ses différentes formes chez l'homme, à la stérilité chez la femme, et à la question de l'hermaphrodisme.

La deuxième section qui renferme peut-être les parties les plus originales de l'ouvrage, est consacrée aux attentats aux mœurs et à la pudeur, viols, rapports sexuels contre nature, etc.

Vient ensuite une troisième section intitulée *grossesse et accouchement* ; les signes, la durée et les anomalies de la grossesse, puis les signes de l'accouchement, et enfin les signes et les causes de l'avortement y sont exposés avec une clarté, une netteté très méritoire chez un Allemand.

Enfin dans la quatrième section, de beaucoup la plus longue, Hofmann s'occupe des attentats contre la santé et contre la vie. Ici les chapitres sont nécessairement beaucoup plus nombreux.

Après l'étude des différents traumatismes au point de vue médico-légal, contusions, plaies diverses, etc., Hofmann consacre un chapitre spécial au suicide ; l'examen des taches de sang, des cheveux, de la substance cérébrale, etc., occupe ensuite l'attention de l'auteur. Puis vient un chapitre relatif aux divers modes d'asphyxie (strangulation, pendaison, submersion), chapitre on ne peut mieux traité. Le professeur Hofmann n'a garde de négliger la mort par inanition, par insolation, par fulguration et par congélation.

Nous arrivons aux empoisonnements, tout en regrettant que les poisons n'aient pas été un peu classés en divers groupes; ce qui faciliterait l'intelligence de ce long chapitre et viendrait en aide à la mémoire du lecteur, on constatera que non-seulement les symptômes, mais aussi et surtout les lésions anatomiques qui sont la conséquence de l'ingestion d'un grand nombre de poisons, sont parfaitement décrits, et avec beaucoup de précision. Ni les poisons mécaniques (verre pilé), ni les poisons organisés (maladies zymotiques, entozoaires, parasites) n'ont été oubliés. Et cependant ce n'est pas un traité complet de toxicologie que l'on trouvera dans cet ouvrage.

Un chapitre généralement omis dans les traités de médecine légale a pour objet les attentats à la vie et à la santé par violence psychique (peur, violences morales).

Mais la partie qui nous a paru la plus intéressante dans le livre si remarquable du professeur Hofmann est celle où sont étudiées les diverses questions relatives à l'infanticide.

La docimasie pulmonaire, les présomptions sur la vie de l'enfant tirées de la présence de l'air dans la caisse du tympan (d'après les épreuves de Wend et de Wreden) les signes tirés de la quantité de sang contenue dans les poumons, les caractères extérieurs aussi bien que les signes internes de *l'état du nouveau-né* constituent autant d'articles spéciaux.

La recherche et l'appréciation des causes de la mort de l'enfant par cessation de la respiration placentaire, par compression de la tête, par défaut de viabilité, par violences volontaires ou par omissions de secours, terminent l'étude de l'infanticide.

Enfin l'exposé des signes de la mort vient clore la partie médicale de cet ouvrage.

Avec le professeur Hofmann nous formulerons le regret de n'y pas voir traitée dans ce livre la *psychopathologie*.

L'absence d'un chapitre consacré aux maladies mentales et comprenant la question de responsabilité et celle de la faculté de disposer est une lacune considérable dans un livre

de cette importance. Et néanmoins voilà un ouvrage qui sera consulté et étudié avec beaucoup de fruit par nos compatriotes. Aussi ne dois-je pas négliger de mentionner l'attention qu'on a eue de mettre toujours, en regard des divers articles de la législation autrichienne, les articles correspondants de la législation prussienne et ceux de la législation française.

Le traducteur, M. Emmanuel Lévy, mérite aussi nos éloges pour la lucidité de sa traduction et pour les nombreuses additions qu'il a faites au texte allemand, en ayant le soin de mettre entre deux crochets les passages qu'il a ajoutés.

Mais c'est surtout à M. le professeur Brouardel que le public médical français doit ses remerciements. Quel désintéressement trop rare dans la science, ne lui a-t-il pas fallu en effet pour se résigner à publier sous forme de commentaires au livre d'un autre le résultat de ses recherches personnelles. Car ses commentaires constituent pour ainsi dire un nouvel ouvrage ; à propos de chacun des chapitres, et à propos de la plupart des articles du livre d'Hofmann, M. Brouardel a traité à son point de vue la même question, ici rectifiant, ou corroborant les assertions d'Hofmann, et ailleurs ajoutant, complétant le texte ou comblant des lacunes.

L'ensemble de ses commentaires occupe près de deux cents pages. On y trouvera consignées les observations de M. Brouardel relatives au viol et aux modifications des organes sexuels chez les pédérastes ; les recherches nouvelles sur les ecchymoses sous-pleurales ; on y trouvera aussi la récente étude sur la submersion, communiquée récemment à la Société de Médecine légale de France par MM. Brouardel et Ch. Vibert.

Enfin, Hofmann n'en ayant rien dit, on trouvera encore dans les additions un résumé en quelques pages de l'état actuel de nos connaissances sur ces singulières substances alcalines développées au cours de la décomposition cadavérique, et que M. le professeur Selmi, de Bologne, a le premier

décrites sous le nom de ptomaines (1). M. Brouardel, qui supprime le tréma et appelle ptomaines ces alcaloïdes (2), a exposé succinctement les recherches qu'il a faites en commun avec M. Boutmy "sur les conditions dans lesquelles se développent les alcaloïdes cadavériques."

Combien, à la place de M. Brouardel auraient craint d'aliéner leurs richesses en les prêtant à des travaux étrangers. Ils auraient mieux aimé publier pour leur propre compte un traité *ex professo*. S'il a eu une pareille tentation, M. Brouardel n'y a pas succombé. Aussi ne pouvons-nous qu'admirer une abnégation aussi rare. Et cependant, ce traité complet, le titulaire de la chaire de médecine légale de la Faculté de Paris nous le doit, et nous sommes en droit de l'espérer très-original. Mais avec la prudence du véritable savant, le professeur veut sans doute attendre que les résultats accumulés de son observation, de ses expériences, de ses recherches individuelles, soient plus nombreux et complètement démonstratifs. Et pour aujourd'hui nous ne pouvons que remercier vivement M. Brouardel d'avoir su augmenter à un si haut degré l'intérêt qu'offrait déjà par lui-même le livre du professeur de Vienne.

D. PAUL FABRE (de Commeny).

Traitement des fistules à l'anus par la ligature élastique.

LEÇON CLINIQUE DE COURTY.

Les recherches de Grandesso Silvestri de Padoue, et de Dittel de Vienne, sur les propriétés ulcérautes du caoutchouc, ont donné à l'auteur l'idée d'appliquer cet agent constricteur au traitement des fistules anales.

L'avantage considérable de ce procédé est de rendre inutile

(1) Voir dans la *Gazette Médicale* de 1878 (numéros 26 et 38) deux articles de M. Albert Robin et une lettre de M. Selmi sur cette intéressante question.

(2) Il eût été peut-être plus simple et toujours aussi exact, au point de vue étymologique, de leur donner le nom de *cadavérine*.

toute surveillance après l'opération, sans que l'on ait à craindre d'accidents consécutifs. Ainsi, aucun des malades que cite M. Courty n'a eu d'hémorrhagie, fort peu ont souffert; tous, dès le lendemain ou le surlendemain, pouvaient vaquer à leurs affaires; quelques soins de propreté et l'emploi de laxatifs légers sont les seules précautions à prendre. Dix observations fort complètes montrent les résultats avantageux et l'innocuité de cette méthode. Dans presque tous les cas, la section des parties molles s'est produite au bout d'une dizaine de jours, et la cicatrisation complète a été obtenue en deux semaines.

NECROLOGIE.

Le Dr P. Beaubien—La profession médicale de Montréal vient de perdre son doyen et aussi l'un de ses membres les plus distingués.

Le Docteur Pierre Beaubien, qui est décédé dimanche matin le 9 janvier courant, à Outremont, chez son fils l'honorable Louis Beaubien, était fils de Jean Louis Beaubien et de Marie Jeanne Manseau.

Né le 13 août 1796, à St. Antoine de la Baie du Febvre, il était donc âgé de près de 85 ans.

Il fit ses études classiques au collège de Nicolet, puis passa en France et reçut à Paris le 27 mai 1819 le diplôme de bachelier ès-Lettres.

Ayant embrassé la carrière médicale, il resta dans cette ville pour y suivre les leçons des grands maîtres d'alors. Il s'y distingua surtout par des succès brillants dans l'étude de l'anatomie.

Il prit sa première inscription en octobre 1817 et obtint le diplôme de docteur en médecine le 16 août 1822.

Il voyagea pendant quelque temps en Europe, visita la Suisse, l'Italie, et quitta la France en 1827 pour venir s'établir à Montréal. Il épousa à Québec, le 11 mai 1829 Dame Justine

Casgrain, fille de Pierre Casgrain, seigneur de la Rivière Ouelle et vevve du Docteur McGuire. Il représenta dans l'Assemblée Législative du Canada-Uni la ville de Montréal de 1841 à 1844 et le comté de Chambly de 1848 à 1851.

En 1849 il fut nommé Professeur de Pathologie interne à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal et donna les cliniques médicales, à l'Hôtel-Dieu, pendant plusieurs années. Ses vastes connaissances dans toutes les branches de la médecine en firent un professeur distingué et lui permirent de rendre de grands services dans nos cours d'assises, comme médecin légiste.

Il possédait admirablement bien aussi l'anatomie pathologique, et c'était un avantage également apprécié des élèves et des médecins que celui d'être admis à assister aux différentes autopsies qu'il faisait de temps en temps. Avant l'établissement de nos écoles de médecine, le Docteur Beaubien en avait déjà formé une dans laquelle il enseignait l'anatomie. C'est elle qui fut le point de départ des efforts faits depuis pour répondre au besoin de l'instruction médicale dans notre pays, cher d'aller à cette fin nos jeunes gens à l'étranger.

Son grand âge le forçant d'abandonner son professorat en 1875, il se retira de l'Ecole, avec le titre de Professeur Emérite et celui de Doyen.

Mais il continua jusqu'à sa mort, à visiter les prisons de Montréal dont il fut nommé le médecin en 1853 par Sir George Cartier, alors Solliciteur Général pour le Bas-Canada.

Il laisse trois enfants, l'honorable Louis Beaubien, M. P. P. pour le comté d'Hochelaga et ex-orateur de l'Assemblée Législative, le Révérend Messire Charles Beaubien, curé de la Côte St. Paul, et une fille, en religion Sœur Marie Alfred, à la Congrégation Notre-Dame.

l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal convoquée aussitôt après la mort du Docteur Beaubien.

Résolu unanimement ;

1o. C'est avec la plus vive douleur que l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal a appris la mort de son vénérable Doyen, Monsieur le Docteur Pierre Beaubien ;

2o- L'Ecole conservera toujours le souvenir de son digne Professeur dans la chaire de Pathologie Interne ; elle s'enorgueillera également des lauriers qu'il a cueillis, à Paris, dans l'étude de l'Anatomie Pathologique et des grands services qu'il a rendus dans nos cours de justice, comme médecin-légiste ;

3o. L'Ecole se plaît surtout à reconnaître son zèle et son dévouement pour elle, et à exprimer son admiration pour la vie si chrétienne dont il lui a toujours donné le bel exemple ;

4o. Comme preuve de leurs regrets et de leurs sympathies pour la famille, les professeurs porteront le deuil pendant trois mois ;

5o. Les présentes résolutions seront publiées dans les journaux et une copie en sera expédiée à Madame Beaubien, avec une lettre de condoléance, par le Président de l'Ecole.

(Signé,) THS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M. D.,
Président.

J. EMERY-CODERRE, M. D.,
Secrétaire.

Sur la présence du cuivre dans l'organisme.

Des recherches très-exactes faites sur quatorze cadavres, dont l'origine était parfaitement connue, ont amené MM. Bergeron et L'Hôte à cette conclusion, que le corps humain renferme normalement du cuivre localisé dans le foie et les reins. On a trouvé de 1 milligramme à 3 milligrammes de cuivre. Le cuivre a été également recherché dans les foies provenant de six fœtus, et dans tous la présence de ce métal a été constatée.

Ce cuivre préexistant dans l'organisme serait apporté, sans aucun doute, par l'alimentation. L'emploi de la vaisselle de cuivre, les aliments, le contact journalier d'objets de cuivre et de monnaies de billon, etc., introduiraient dans nos organes des traces de cuivre dont la plus grande partie est éliminée ; mais il reste fixé, à un état de combinaison non encore définie, une petite quantité de cuivre dans le foie et dans le rein, et cela quels que soient l'âge, le sexe, les conditions d'existence.

M. DUVAL.

Gastrotomie pratiquée avec succès pour une invagination intestinale ; remarques sur cette opération et sur les autres méthodes de traitement.

Par JONATHAN HUTCHINSON.

Petite fille de deux ans, traitée à London Hospital en 1871. A son arrivée on constate la saillie hors de l'anus d'une portion d'intestin très-congestionné, longue de deux pouces, qui est reconnue pour le cœcum avec la valvule iléo-cœcale. Le doigt n'atteint pas la limite supérieure de l'invagination. En examinant l'abdomen extérieurement on trouve, sur le trajet de la portion invaginée, s'enfonçant du côté gauche, comme un long et ferme saucisson (*like a long firm sausage*).

Le début des accidents remontait à un mois ; il y avait eu des vomissements et des selles sanglantes. Depuis quinze jours l'intestin était sorti au dehors, et avait pu être réduit plusieurs fois et maintenu par une pelote de liège. Mais depuis trois jours, la réduction était devenue très-difficile. Il n'y avait pas d'obstruction intestinale réelle, mais seulement une constipation temporaire. L'état général était très-mauvais.

Le chloroforme fut administré, et l'enfant étant tenu par les pieds, la tête en bas, le rectum fut distendu par une injection d'eau chaude. La réduction parut se produire d'abord, mais chaque fois que le rectum se vidait, l'invagination se reproduisait.

L'état général de l'enfant, qui paraissait devoir succomber, légitimait l'intervention chirurgicale, qui fut acceptée par les parents.

Le chloroforme ayant été donné de nouveau, Hutchinson fit sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, une incision permettant l'introduction de deux ou trois doigts. La masse invaginée, qui avait environ 15 centimètres de long, fut attirée hors de l'abdomen. Il n'y avait ni adhérences, ni signes de péritonite en dehors d'une congestion modérée, et au moment où la réduction s'acheva, on vit se dégager l'appendice cœcal, ce qui confirma le diagnostic quant au siège de l'invagination. La plaie abdominale fut fermée avec des épingles à bec-de-lièvre et des points de suture entrecoupée. L'opération n'avait duré que deux ou trois minutes.

L'abdomen fut recouvert de ouate et entouré d'un bandage de flanelle. On donna des lavements de lait toutes les trois heures, avec addition, parfois, de quelques gouttes de teinture d'opium.

La guérison se fit rapidement. Les épingles furent enlevées au quatrième jour, et l'enfant quitta l'hôpital, trois semaines après l'opération, en parfaite santé.

Hutchinson cite trois cas analogues qu'il a eu l'occasion d'observer avec les docteurs John Adams, James, Bright et Tay, mais qui se sont terminés par la mort sans qu'une opération ait été tentée. Dans un quatrième cas, dont il a donné la relation (*Pathol. Soc. Transactions*, vol. VII, p. 193), il s'agissait d'un jeune homme qui mourut au bout de quatre mois. Enfin il a vu guérir un jeune garçon délicat, mais chez lequel le diagnostic était douteux.

En somme, il pense que le cas de guérison due à l'opération est le premier qui se soit produit en Angleterre.

Les auteurs étrangers rapportent quelques exemples de guérison, Hévin cite un succès (*Mém. de l'Ac. de Chirurgie*, 1784). Le Dr Fuchsius, de Olpe (*Hufeland's Journal et Edinb. med. and surg. Journ.*, juillet 1825) et le Dr Wilson (*American Journ. of the Med. sc.*, 1836), ont aussi obtenu des guérisons.

Mais Spencer Wells, qui opéra le quatrième jour de l'invagination a eu un cas de mort, Carrier (*Virchow's Jahresbericht*), Max Hertz, Pirogoff, Gerson, n'ont pas été plus heureux.

Hutchinson insiste sur la nécessité de pratiquer le toucher rectal dans tous les cas où l'on soupçonne une invagination. La palpation abdominale, en faisant sentir une masse allongée ou ovale, fournit aussi un signe précieux. Mais au point de vue de l'opération, il faut bien distinguer les cas dans lesquels il y a une simple invagination et ceux dans lesquels il y a en même temps étranglement. Ces derniers présentent des symptômes beaucoup plus graves et ont une marche plus rapide. L'opération ne leur est pas applicable en général, car la seule chance de guérison réside dans la gangrène avec élimination de la portion invaginée. Mais lorsqu'il y a seulement invagination, sans obstruction intestinale absolue, si les moyens de réduction habituels restent sans résultat, comme dans l'observation citée plus haut, et si l'état général continue à s'aggraver, l'opération est indiquée et offre des chances de succès.

A la suite de ce mémoire, on trouve une série de tableaux dus à M. Warren Tay et analysant 131 cas d'invagination intestinale empruntés à différents auteurs. Dans tous ces cas l'invagination atteignait le rectum ; dans un certain nombre la portion invaginée se présentait à l'anus.

Comme conclusions de cet important travail, Hutchinson émet les propositions suivantes :

1. Il n'est pas rare que l'invagination intestinale commence à la valvule iléo-cœcale et atteigne l'orifice anal ou même sorte au dehors.

2. Il est très-important, dans les cas où l'on soupçonne une invagination, d'examiner l'anus avec soin.

3. Dans presque tous les cas d'invagination, chez les enfants et probablement très-souvent chez l'adulte, on peut sentir la partie invaginée à travers la paroi abdominale.

4. Le pronostic varie en raison de l'âge et de la constriction de la partie invaginée.

5. Dans le plus grand nombre des cas, chez les enfants au-dessous d'un an, la mort arrive du premier au sixième jour.

6. La mort résulte ordinairement du choc ou du collapsus et non de la péritonite.

7. Dans beaucoup de cas, en appréciant la gravité des symptômes (vomissement, constipation), on peut se rendre compte si l'intestin est étranglé ou simplement irréductible (irreducible).

8. Dans l'invagination avec étranglement, s'il y a des chances de mort rapide, il y a aussi quelques chances pour que la gangrène amène une guérison spontanée.

9. Quand il y a invagination et non étranglement, il y a peu de chance pour que la gangrène se produise, et il est probable que le malade succombera au bout de quelques semaines ou de quelques mois, par suite de l'irritation et de la douleur.

10. Les chances de succès par l'emploi des bougies et des injections d'air et d'eau sont très-minimes en dehors des cas tout à fait récents, et quand on ne réussit pas rapidement par ces moyens, il est probable qu'on ne réussira pas du tout.

11. L'opération a le plus de chances de réussir dans les cas où les symptômes existent depuis un temps assez considérable et dans lesquels l'intestin est seulement invaginé, et ce sont précisément les cas les moins susceptibles d'être guéris par tout autre méthode.

12. Dans ces cas, après avoir échoué avec les injections, l'emploi des bougies, il faut considérer l'opération comme tout à fait indiquée.

13. Les renseignements fournis par les autopsies justifient l'opinion que, dans le plus grand nombre de ces cas, le chirurgien ne rencontrera pas de difficultés matérielles à opérer la réduction après ouverture de l'abdomen.

14. Les circonstances qui peuvent créer des difficultés sont, premièrement, la constriction des parties invaginées; secondement, la présence d'adhérences; troisièmement, l'existence de la gangrène.

15. Dans le choix des cas auxquels convient l'opération, le chirurgien prendra en considération la gravité des symptômes, le degré d'étranglement, et aussi la probabilité de l'existence de la gangrène.

16. Dans les cas qui présentent des symptômes très-graves ou qui sont à une période extrême, il est plus sage de renoncer à l'opération et de recourir à l'usage des opiacés.

17. L'incision que l'on doit préférer est celle de la ligne médiane, audessous de l'ombilic.

18. Chez les enfants au-dessous d'un an, le pronostic est presque sans espoir, la guérison ne se produisant que dans les quelques cas où les injections réussissent immédiatement. Dans les autres la mort est très-rapide.

19. L'observation citée dans ce travail justifie l'intervention opératoire hâtive chez les jeunes enfants.

20. Il est à désirer qu'à l'avenir ceux qui auront l'occasion de faire des autopsies dans les cas d'invagination examinent avec soin la question de savoir si l'opération eût été praticable, et qu'ils nous donnent leurs résultats.

E. DELENS.

Des injections profondes de chloroforme pour soulager le tic douloureux.

Par ROBERT BARTHOLOW.

L'auteur appelle injection profonde de chloroforme l'introduction de l'aiguille de la seringue de Pravaz dans les tissus jusqu'au voisinage du tronc nerveux dont les branches périphériques sont le siège de la douleur. Dans les cas qu'il a rapportés la douleur siégeait dans la branche sous-orbitaire du nerf trijumeau. Dans ces conditions l'opération consiste à passer l'aiguille au-dessous de la lèvre supérieure de manière à la conduire jusqu'au voisinage du trou sous-orbitaire ; alors l'on injecte une petite quantité de chloroforme pur. Au moment de l'injection le malade éprouve une douleur très-

vive qui dure quelques minutes ; puis un sentiment d'engourdissement et d'anesthésie des parties où diffuse le chloroforme, enfin une induration qui persiste quelques jours.

L'engourdissement de la lèvre et des joues continue pendant un temps variable, une semaine et même plus. La somnolence qui succède à l'injection n'est jamais très-intense et ne présente aucun caractère alarmant, l'auteur n'a pas jusqu'ici vu se produire d'abcès.

Bartholow a également constaté sur lui-même que la douleur est très-supportable, et en même temps que dans une zone assez étendue il y avait anesthésie locale qui s'est prolongée pendant trois mois.

L'interprétation qu'il donne est la suivante : Dans tous les cas de névralgie faciale le chloroforme agirait directement sur la circulation cérébrale, la veine faciale communiquant avec les sinus de la dure-mère par le plexus ptérygoïdien.

Dans tous les exemples qu'il cite, et où tous les moyens avaient été employés, deux ou trois injections de chloroforme suffirent pour amener la cessation de la douleur qui était intolérable.

H. CHOUPEE.

Observation de la clinique de Schœnborn.

Une femme de 67 ans était atteinte depuis plusieurs années d'un tic douloureux de la face, rebelle à tout traitement. Comme elle indiquait avec persistance le trajet du canal dentaire inférieur quand il s'agissait de fixer le siège maximum de ses douleurs, Schœnborn se décida à reséquer toute la portion du nerf dentaire inférieur comprise dans ce canal.

Dans ce but, il combina la méthode de Paravicini qui consiste à sectionner le nerf par l'intérieur de la bouche avec une ouverture faite par le dehors du canal dentaire, au niveau du trou mentonnier.

Grâce aux vides de la denture, le premier temps de l'opération s'exécuta très-facilement. Après avoir séparé le nerf de

l'artère dans toute l'étendue accessible, il passa un fil autour.

Le second acte consistait à dénuder le nerf du dehors. Ayant ouvert le canal dentaire dans une longueur de 1 1/2 centimètre, et mis à nu le nerf, il commença à sectionner ce dernier par l'intérieur de la bouche le plus haut possible au-dessus de son point d'entrée dans le canal; puis par la plaie extérieure, il saisit le nerf avec des pinces, l'attira au dehors en lui imprimant des mouvements de latéralité afin de le dégager et ensuite le coupa à ras du trou mentonnier. Le tronçon excisé avait une étendue de 6 centimètres, le microscope n'y révéla aucune altération.

Les douleurs névralgiques ne cessèrent complètement qu'à partir du cinquième jour après l'opération; moins de trois semaines plus tard, la malade s'en allait n'ayant plus à compléter que la cicatrisation de sa plaie intra-buccale; la guérison s'est maintenue depuis 6 mois.

J. B.

Sa Grâce Monseigneur Bourget, Archevêque de Martianapolis,
à l'Hôtel-Dieu.

Dimanche, le 30 janvier dernier, était le jour fixé par Sa Grandeur, pour venir cueillir à l'Hôtel-Dieu les offrandes des fidèles, qui veulent contribuer à aider l'Evêché de Montréal à sortir de ses difficultés financières.

L'Ecole de Médecine heureuse de revoir celui qu'elle doit et se plaira toujours à regarder à juste titre comme son véritable fondateur, l'Ecole s'empressa de faire tous les préparatifs nécessaires pour chercher à rehausser autant que possible l'éclat de cette démonstration. Les Révérendes Dames Hospitalières avaient de leur côté, pour l'occasion, orné leur charmante église avec un goût exquis et déployé toute la richesse de leurs ornements et de leurs parures.

Il y avait des sièges réservés dans le devant de la nef pour

les Professeurs et leurs élèves. Dans les bancs on remarquait des juges, des avocats, des médecins, des notaires, des sénateurs, en un mot, un grand nombre de personnes distinguées. La musique vocale et instrumentale fut exécutée par les élèves de l'Ecole de Médecine qui possèdent presque toujours parmi eux des artistes; aussi l'orgue fut touché d'une manière magistrale et accompagné des chants les plus mélodieux.

Après le service divin, Sa Grandeur fit du haut de l'autel une de ces allocutions si pleines de charme et d'éloquence qui font toujours l'admiration de ceux qui, dans ces circonstances, ont le bonheur de pouvoir l'entendre.

Sa Grandeur s'inspira de l'Evangile même du jour, pour faire des rapprochements d'un à propos saisissant, répétant le cri de détresse des Apôtres dans leur barque battuë par les flots soulevés par les vents et la tempête.

Monseigneur vint ensuite s'asseoir dans la porte ouverte des balustres, et le Président de l'Ecole, M. le Docteur d'Orsonnens, lui présenta au nom de tous les professeurs et des agrégés une adresse accompagnée d'une bourse et d'un magnifique bouquet de fleurs. Nous ne chercherons pas à reproduire la belle réponse que Sa Grâce daigna lui faire, nous serions trop au dessous de la tâche. M. Pagé, étudiant en médecine, vint alors présenter, au nom des élèves, une adresse et une bourse. Monseigneur lui répondit de la manière la plus flatteuse et la plus affectueuse possible. Sa Grandeur se dirigea, immédiatement après, vers la grille du cloître pour recevoir de Madame la Supérieure l'offrande de la communauté. Remise sur son siège, les Professeurs vinrent s'agenouiller devant Sa Grâce, pour recevoir sa bénédiction et baiser l'anneau pastoral. Les élèves, deux à deux, au nombre à peu près de cent vingt ou de cent trente, s'avancèrent à leur tour pour en faire autant. La foule les imita, chacun déposant en même temps son offrande dans le plateau d'argent placé pour cette fin. Lorsqu'elle se fut toute écoulée, Sa Grandeur, sans sortir du chœur, alla s'asseoir vis-à-vis l'arche qui répond à une des salles des malades; c'était le tour

du personnel de l'Hôtel-Dieu. Les petits orphelins très bien vêtus, (par la charité des Révérendes Dames) chacun un billet de banque à la main, les petites orphelines de même, les servantes et serviteurs de la maison, les malades, tous se présentèrent deux à deux pour se faire bénir et donner leur offrande.

La recette dépassa mille dollars, grâce à la générosité de ces Révérendes Dames, qui donnèrent encore par la main de chacun de ceux qu'elles habillent, logent, soignent et nourrissent !

Le lendemain, fête de St. Ignace, il y eut à l'Hôtel-Dieu un grand diner auquel avaient été invités les médecins de l'Ecole qui font le service de l'hôpital, ainsi que plusieurs membres du clergé qui étaient venus rendre leurs hommages à Sa Grandeur à l'occasion de sa fête patronale. Il y avait des Chanoines, des Sulpiciens, des Oblats, des Jésuites et plusieurs Curés. On fit à l'Ecole de Médecine l'honneur de placer à table son Président, M. le Docteur d'Orsonnens, à la droite de Sa Grâce l'Archevêque et à sa gauche son ex-président, M. le Docteur Munro, qui fut si longtemps le seul médecin et le chirurgien si habile de l'Hôtel-Dieu.

Après le diner qui fut magnifique et animé par la plus aimable conversation, toute l'assemblée se rendit au parloir : il y eut des adresses touchantes prononcées par les orphelins, auxquels Monseigneur répondit en donnant essor à tous les nobles sentiments de sa belle âme, prodiguant à ces pauvres enfants délaissés des expressions de tendresse que seule pouvait lui inspirer l'ardente charité de son cœur ! Entre chaque discours il y eut chant et musique. Enfin la séance se termina par l'adresse d'une jeune fille qui toute vêtue de blanc se détacha du groupe des petites orphelines pour s'approcher de Sa Grandeur. Après avoir été la fidèle interprète des sentiments de la communauté, elle présenta à Sa Grâce Monseigneur Bourget, pour cadeau, à l'occasion de sa fête, un joli bouquet artificiel consistant en un beau petit arbre blanc, dont chaque branche pliait sous le poids de pièces d'or.

Était-ce une ingénieuse allégorie que cette petite plante d'une blancheur virginale et aux fruits d'or ? Nous ne saurions en douter ; ces Dames gardaient, il est vrai, le silence, mais les murs couverts de banderolles et d'inscriptions ne disaient-ils pas encore à tous et continuellement et partout ce qu'elles n'osaient exprimer elles-mêmes. Comme elles avaient mis leur argent dans les mains de leurs petits protégés la veille, elles mirent ce jour-là l'expression de leurs sentiments sublimes, sur les lèvres de ces mêmes petits enfants, qui seuls, en effet, par leur candeur et leur innocence pouvaient leur servir d'intermédiaires. Bien des yeux aussi furent-ils mouillés de larmes délicieuses. Qu'il est doux de respirer dans une telle atmosphère !

Cette fête enfin a été une véritable ovation, et Monseigneur a dû être heureux lui-même de tout le bonheur qu'il répandait autour de lui. Nous regrettons seulement de ne pouvoir reproduire ici ni les belles adresses des orphelins de l'Hôtel-Dieu, ni celle de M. Pagé, élève en médecine, au nom de ses confrères, et qui lui a mérité de si justes éloges de la part de Sa Grandeur.

Outre ces regrets, nous devons exprimer surtout celui bien plus grand encore de ne pas avoir les différents discours prononcés par Sa Grandeur, durant ces deux jours, principalement celui qu'il fit à la communauté placée derrière la grille du parloir, quelques instants avant notre départ.

Nous ne pouvons donner que l'adresse de M. le Président de l'École de Médecine au nom de ses collègues.

La voici :

*A Sa Grâce Monseigneur Ignace Bourget Archevêque de Mar-
tianapolis.*

MONSEIGNEUR,

Permettez au Président de l'École de Médecine de profiter de cette occasion si exceptionnelle pour se présenter à Votre Grandeur avec tout le personnel qui compose cette institution.

Professeurs, agrégés, élèves, tous se sont empressés d'ac-

courir en ce saint lieu, *notre Eglise naturelle*, pour avoir le bonheur de voir, d'entendre celui qui a jetté les bases si solides pour notre instruction médicale.

Notre premier devoir est donc celui de la reconnaissance !

Reconnaissance pour la sollicitude que, durant votre long Episcopat, vous n'avez cessé de témoigner à notre maison naissante pour faciliter son enseignement, en lui ouvrant les portes de ce vaste et bel hôpital, ainsi que celles de la Maternité, de la Providence avec ses différents dispensaires.

Reconnaissance pour tous les efforts et la persévérance mise pour l'obtention d'une Université.

Reconnaissance pour la surveillance religieuse toute particulière que vous avez toujours exercée sur nos élèves, en leur accordant continuellement un aumônier pour les guider, les garantir contre les écueils que rencontre à tout instant la jeunesse dans une grande ville. Vous avez donc toujours été pour nous, pour chacun de nous, un bon père, un père des plus dévoués !

Nous ne l'oublierons jamais ! Puissions-nous, à notre tour, par notre conduite, notre travail, répondre à votre attente !

Pour nous Professeurs, nous ne quitterons jamais la voie que vous nous avez tracée ; toute notre énergie, nos démarches tendront toujours vers le but que, comme Evêque, vous cherchiez à obtenir pour couronner toutes vos œuvres pour l'avancement et l'honneur de la religion dans ce vaste diocèse. Car, nous nous plaisons à le constater, nous admirons en vous un patriotisme éclairé, qui vous a toujours si bien inspiré, que toutes vos actions, outre leur fin religieuse, tendaient encore au bien matériel même et à la gloire de la patrie ! Aussi, après ces longues années passées dans la retraite et la souffrance, nous ne sommes pas surpris que vous vouliez encore vous rendre utile, et que vous osiez entreprendre ce que nul autre que vous ne pourrait avoir l'espérance de faire réussir. Dans cette circonstance surtout, nous remarquons encore et nous reconnaissons cet oubli, cette abnégation de vous même qui vous ont toujours si

particulièrement caractérisé, et qui, dans toutes les occasions, vous ont permis d'être sur la brèche, au moment opportun, pour lutter soit pour le bien de l'Eglise, soit pour celui de notre société. Nous nous énergeons donc aujourd'hui de voir notre vénérable Archevêque, à l'âge de plus de quatre-vingts ans, laisser sa chambre de malade, braver toutes les rigueurs et les intempéries de notre rude hiver, pour parcourir nos différentes campagnes, dans le seul but de venir avec un zèle sans pareil au secours de notre évêché !

Aussi, Monseigneur, quelle douce consolation, quel bonheur vous devez éprouver de l'empressement mis partout pour se rendre à vos désirs. En faut-il davantage pour prouver l'amour, la reconnaissance que votre sage administration a laissés dans tous les cœurs !

L'École ne veut pas rester en arrière ; elle regrette seulement que les circonstances ne lui permettent pas de faire plus ; elle eût été si heureuse de contribuer largement à cette cotisation générale et volontaire de tous les catholiques du diocèse. Daignez néanmoins accepter son offrande, quelque minime qu'elle soit, et ne lui tenir compte que des sentiments qui l'animent.

Permettez nous, Monseigneur, de vous présenter encore ce bouquet, à l'occasion de la St. Ignace, votre fête patronale, qui tombe justement ces jours-ci, et veuillez agréer les vœux que nous formons tous à cette occasion pour que Dieu soutienne vos forces et vous permette de continuer jusqu'au bout l'entreprise qu'il vous a inspirée, et dont le résultat paraît devoir être si admirable ! Qu'il vous conserve encore longtemps à notre vénération et vous accorde la joie de voir s'accomplir ce qu'il vous restait à désirer pour faire tout le bien que vous vouliez à Montréal, à Montréal que vous avez fait ce qu'il est aujourd'hui, à Montréal qui doit en honneur, comme pour son propre intérêt, travailler à continuer vos œuvres.

Je termine enfin, Monseigneur, en vous priant de bénir les Révérendes dames de l'Hôtel-Dieu pour tout le bien qu'elles font, pour tous les sacrifices qu'elles s'imposent pour la propa-

gation des sciences médicales. Si nous l'osions, nous vous prierions d'être notre interprète auprès d'elles pour leur en exprimer toute notre respectueuse gratitude. Bénissez aussi les pauvres malades confiés à nos soins. Bénissez nous tous, Professeurs, agrégés, élèves, avec nos familles. Priez Dieu qu'il mette toujours dans le cœur de chacun de nous le désir et le courage de remplir ses devoirs; qu'il nous donne de plus en plus le goût de l'étude et nous dirige sans cesse dans l'exercice toujours si pénible et parfois si difficile de notre noble profession. Puisse cette Ecole enfin, attachée comme les premières facultés de Médecine en Europe à l'hôpital le plus riche, le plus vaste et le plus important de la puissance, puisse cette Ecole, surmontant tous les obstacles, jouir bientôt de tous les avantages que vous cherchiez à lui procurer. Mais quoiqu'il arrive, Monseigneur, soyez persuadé qu'elle n'oubliera jamais tout ce que vous avez fait pour elle et qu'elle vous regardera toujours comme son véritable fondateur.

Le président de l'Ecole,

DR. D'ODET D'ORSONNENS,

Le secrétaire,

Chevalier de St. Grégoire.

DR. J. EMERY-CODERRE.

Après avoir parcouru l'Europe et visité les grands hôpitaux de Londres, Paris, Lyon, Marseille, Laval, Lille, Fribourg, Rome etc., etc., nous pouvons dire que nous avons lieu d'être fier de notre Hôtel-Dieu de Montréal. Proportion gardée avec la population de ces villes, notre hôpital est peut être plus vaste, mieux placé et tout au moins aussi bien administré. Comme eux, il a une faculté de médecine qui lui est attachée, (l'Ecole de Médecine,) pour en faire le service; et les opérations les plus importantes s'y font tous les jours avec le plus grand succès, taille, lithotritie, ovariectomie, etc., etc.

Dans ce moment même, outre les femmes qui sont sorties guéries, après cette dernière opération depuis plusieurs mois déjà, on peut y voir encore une femme à qui les deux ovaires

ont été enlevés, une autre un seul, et qui toutes deux sont parfaitement bien. Une paysanne de St. Jérôme, opérée ces jours derniers est en bonne voie de guérison. Quelques autres malades sont attendues d'un moment à l'autre pour y subir la même opération. Une même est actuellement dans les salles et doit-être opérée samedi prochain le 26 février. C'est au tact, à l'intelligence et aux connaissances de la plupart de nos médecins, anciens élèves de notre Ecole, que nous devons ce courant de cas importants dans notre hôpital.

Nous devons donc remercier ces messieurs pour leur zèle, l'obligeance avec laquelle ils nous amènent eux-mêmes leurs propres clients et les informations si précieuses qu'ils savent toujours nous donner sur l'histoire de leurs maladies.

Souvent même ils viennent encore, au moment convenu, soutenir par leur présence le courage de leurs pauvres malades !

Nous sommes également flatté de voir des Professeurs des Universités McGill et Bishop assister à quelques unes de ces opérations qui font tant de bruit depuis quelque temps en Europe et qui se pratiquent maintenant si souvent à notre hôpital.

Notre amphithéâtre devient dès lors le rendez vous de l'élite des membres de la profession médicale, et ces réunions établissent déjà et doivent nécessairement entretenir pour toujours une émulation mutuelle qui tourne tout à l'avantage de la société.

Ces différentes ovariectomies, dont nous venons de mentionner le résultat, ont été faites par Monsieur le Docteur Hingston, assisté de Monsieur le Docteur Brunel ; nous attendons de l'obligeance de ces messieurs, pour le publier, le rapport de leurs nombreuses opérations, pendant les cours de cet hiver, afin de faire voir au public toute l'importance de l'Hôtel-Dieu et les grands avantages pour les étudiants en médecine de venir prendre leur éducation médicale à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

Monsieur le Docteur Desjardins, notre habile professeur

d'ophtalmologie, nous osons le lui demander, voudra bien lui aussi nous donner la liste de toutes ses opérations sur les yeux, à l'Hôtel-Dieu, pendant la même période, pour compléter ce cadre de procédés de chirurgie.

Du traitement des ulcères variqueux,

Lisfranc est le premier qui ait fait ressortir les propriétés cicatrisantes des hypochlorites appliqués sur des plaies de brûlures ou sur des ulcères atoniques (*Olin chirurg.*, p. 231 et 531, t. I.)

Pour M. Panas, l'action de l'eau chlorurée sur une plaie peut être envisagée de deux façons, soit comme application d'un sel chloruré, soit comme source d'oxygène naissant ; car on sait que l'hypochlorite de chaux ClO , CaO mis en contact avec les matières organiques se décompose pour former du chlorure de calcium et deux équivalents d'oxygène qui sont mis en liberté. Sous l'influence de l'eau chlorurée, dès le premier jour l'odeur gangréneuse de l'ulcère disparaît, dès le second et le troisième jour la surface détergée de l'ulcère perd son aspect grisâtre et se colore en rose. Au bout de 10 ou 15 jours, on voit la surface de l'ulcère bourgeonner, la peau qui avait perdu sa souplesse se laisse facilement déprimer et jouit d'une certaine mobilité sur les parties profondes, la circulation capillaire y est plus active et le sang offre partout la coloration rouge rutilante du sang artériel. Au bout de quelques jours, la perte de substance de l'ulcère se comble entièrement par les bourgeons charnus, l'épiderme gagne à la périphérie de proche en proche, et au bout d'un mois à 6 semaines les ulcères les plus étendus se trouvent guéris.

Partout où l'épidermisation gagne les bourgeons charnus, on observe une ligne rouge carminée qui précède et accompagne la prolifération épithéliale du voisinage ; ce liséré, constaté aussi par Reverdin, s'explique par l'afflux plus c n-

sidérable du sang dans les vaisseaux nouveaux. De plus, partout où l'épiderme nouveau se développe, les bourgeons charnus, même les plus exubérants, s'affaissent, ce qui s'explique par l'organisation conjonctive des éléments embryonnaires de la cicatrice.

Plus de deux cents ulcères variqueux traités par l'eau chlorurée ont été modifiés très-avantageusement par ce mode de traitement.

L'hypochlorite de chaux mis en contact avec les tissus produirait une véritable action oxydante qui combat l'asphyxie locale, d'où résultent l'ulcération (gangrène moléculaire) et les douleurs.

Voici le mode d'application qu'emploie le Dr Panas :

Si la peau qui entoure l'ulcère, ou si le tissu cicatriciel sont doués d'une grande irritabilité, on coupe la solution avec un tiers, moitié, deux tiers d'eau ordinaire ; ou bien on protège les endroits les plus tendres de l'épiderme à l'aide d'une petite couche de cérat, d'huile d'amandes douces, ou de tout autre corps gras dépourvu d'acidité.

On lave d'abord à grande eau la surface de l'ulcère ; puis, on trempe des plumasseaux de charpie dans l'eau chlorurée, et on les applique sur l'ulcère ; par-dessus la charpie, on met une compresse faisant le tour du membre et l'on recouvre le tout avec un morceau de taffetas gommé.

Il faut changer ce pansement de 3 à 6 fois par jour.

Le malade peut même faire dans la journée des irrigations avec l'eau chlorurée. Si l'ulcère est petit, le repos n'est pas indispensable, mais, dans tous les cas, le malade devra tenir la jambe élevée autant qu'il le pourra.

On peut aussi, pour hâter le cicatrisation, pratiquer au centre de l'ulcère plusieurs inoculations d'épiderme, suivant le procédé si bien indiqué par Reverdin.

Une fois la cicatrisation obtenue avec ou sans épidermisation, on comprime légèrement la cicatrice avec un bandage approprié, et l'on fait garder encore pendant quelque temps le repos au malade (pendant 15 jours ou un mois)

EXTIRPATION DU LARYNX.

Par le Prof. BILLROTH.

A la séance du 27 février 1874, MM. Billroth et Gussenbauer ont présenté à la Société des médecins de Vienne un malade qui avait subi l'extirpation du larynx, d'une partie de l'épiglotte et du premier anneau de la trachée, à cause d'un carcinome épithélial. Ces chirurgiens imaginèrent un appareil de prothèse permettant au malade de parler à haute et distincte voix. Voici la description de ce larynx artificiel ;

Il se compose de deux canules coudées fabriquées en caoutchouc durci et pouvant jouer l'une dans l'autre. L'une de ces canules est destinée à être introduite dans la trachée et à permettre l'inspiration et l'expiration ; la seconde canule, fixée par sa partie inférieure à la première, amène le courant d'air expiré dans l'arrière bouche et la cavité buccale.

Lorsque ces deux canules ont été introduites de la façon que nous venons de dire, on les maintient fixées, comme les canules à trachéotomie, par un léger ruban entourant le cou. Cela fait, on leur adapte une troisième canule en argent spécialement destinée à la phonation. A l'intérieur de cette canule, est enchâssée une languette métallique, qui est mise en vibration par le courant d'air expiré. Ces vibrations sont transmises à l'air de la canule supérieure et le son qui en résulte est finalement articulé dans le pharynx et la cavité buccale.

On peut, en variant l'épaisseur de la languette métallique, élever ou abaisser le ton de la voix.

Ajoutons enfin que, par suite de modifications survenues dans la plaie dont la cicatrisation n'était pas encore parfaite au moment où l'on eut l'idée de la prothèse, on dut changer plusieurs fois l'appareil et l'on n'arriva qu'à la force de patience à réaliser un larynx artificiel parfait.

Détermination de l'âge de l'embryon humain par l'examen de l'évolution du système dentaire, note de M. E. Macicot.

Cette note se compose essentiellement d'un vaste tableau indiquant, pour chaque âge de l'embryon, l'état du système dentaire. Ce mode de contestation offre, au point de vue médico-légal par exemple, de grands avantages et permet d'arriver à des résultats qui ne seraient obtenus par aucune autre méthode. Sur un fœtus macéré, à tissus infiltrés, et dont on ne peut plus constater les dimensions, le plus grand nombre des faits de l'évolution des follicules restent encore appréciables : les cordons épithéliaux sont en effet très-difficilement altérables, et le traitement des mâchoires par certains réactifs (acide acétique, liquide de Müller, etc.) ; permet encore de pratiquer des coupes où les dispositions fondamentales sont reconnaissables.

Enfin, un chapeau de dentine peut suffire pour donner des indications importantes sur l'âge d'un fœtus dont le corps aura été desséché ou même presque complètement carbonisé dans un foyer ; on sait en effet que le chapeau de dentine résiste au plus grand nombre des agents destructeurs.

Un fait de respiration intra-utérine.

Par EDOUARD HOFMANN.

Il est bien établi que chez un mort-né les poumons peuvent contenir de l'air indiquant que l'enfant a respiré dans le sein de sa mère à la suite d'une suppression prématurée de la respiration placentaire (*R. S. N.*, III, 282).

En revanche, les conditions dans lesquelles il y a pendant le travail lui-même accès de l'air dans l'utérus sont moins bien connues.

Jusqu'ici presque tous les faits de ce genre concernaient des cas dans lesquels l'accouchement avait nécessité des manœuvres spéciales (version, forceps, céphalotripsie). On pouvait

donc croire que ces interventions étaient absolument indispensables à la production du phénomène.

Mais quelques observations plus récentes démontrent que l'air peut s'introduire dans l'utérus durant un accouchement normal.

Hofmann cite à l'appui de cette opinion trois histoires de femmes en travail, empruntées à Breisky, à Hecker et à C.-H. Müller. Ce dernier en a même fait l'objet de sa dissertation inaugurale. (*Ueber Luftathmen dca Frucht wahrand des Geburtsaktes-Marbourg 1869*).

Hofmann apporte un quatrième fait qui lui est personnel. Dans ce dernier, il se trouvait de l'air non seulement dans les poumons, mais encore dans l'estomac et jusque dans le duodénum.

Les phénomènes de putréfaction étant hors de cause ici, de même qu'une opération obstétricale, comment expliquer cette pénétration de l'air.

L'auteur en trouve la cause possible dans le toucher vaginal. Au moment où le doigt arrive dans le col, après rupture de la poche des eaux, il fait cesser la cloture de la cavité utérine produite ordinairement par exacte application du col sur la portion fœtale qui se présente.

Mais pour que ce phénomène si rare ait lieu, il faut de toute évidence la réunion de plusieurs conditions anormales.

Ces conditions, dont les recherches de Schatz (*Arch. f. Gynakol.* 1872) et de Hegar (*R. S. M.*, II, 345 et IV 442) ont montré l'importance, sont :

1^o L'abaissement momentané de la pression intra-abdominale au-dessous du niveau de celle de l'atmosphère.

2^o Le relâchement, la fatigue, l'inertie plus ou moins marquée des parois utérines et abdominales.

3^o Enfin, l'existence simultanée d'une fermeture incomplète au niveau de l'orifice utérin. Schatz a fait voir le rôle que jouent à cet égard les différentes positions que prend la femme en travail dans son lit,

L'air extérieur est aspiré dans l'espace compris entre la paroi de la matrice et la face thoraco-abdominale du fœtus.

L'accouchée d'Hofmann offrait toutes les conditions favorables : sujet faible et maladif, changeant à chaque instant de position dans son lit pendant un accouchement irrégulier qui s'est prolongé pendant quatre jours.

On comprend le haut intérêt de ces faits au point de vue médico-légal. Un phénomène analogue, si exceptionnel qu'il soit, peut se rencontrer dans des accouchements clandestins. Il en résulte que chaque fois que l'expert aura trouvé des poumons aérés sur le mort-né qu'il examine, il devra songer, avant de conclure que l'enfant était vivant au moment de sa naissance, à la possibilité d'une respiration intra-utérine.



Cas de tumeur cystique adhérente au rein, simulant une affection de l'ovaire, extirpation du rein ; guérison.

Par le Dr. A. CAMPBELL.



L'auteur résume ainsi l'histoire de sa malade :

Agée de 49 ans, elle avait eu 5 enfants et deux fausses couches : sa santé avait toujours été excellente. Dix-huit mois auparavant elle constata l'existence d'un gonflement circonscrit dans la fosse iliaque gauche ; petit à petit la tumeur fit des progrès, et depuis deux mois elle était devenue énorme. A son entrée à l'hôpital de Dundee, on constata qu'elle était mobile, et remplissait la fosse iliaque gauche, la région hypogastrique et une partie de la fosse iliaque droite. Elle dépassait le volume d'une tête d'adulte. Sur trois points de sa surface, on percevait nettement de la fluctuation : les kystes paraissaient communiquer ensemble. On admit sans hésitation l'existence d'un kyste de l'ovaire et l'on décida que l'ovariotomie serait pratiquée.

Les deux premiers temps de l'opération, l'incision de la peau et du péritoine, n'offrirent rien à signaler ; mais lorsque l'on plongea le trocart dans le kyste, il ne s'écoula aucun liquide : on vit que la tumeur était remplie d'une matière

gélatineuse solide. On fit alors sortir le kyste au dehors, et par quelques ponctions, on le vida en partie. On s'aperçut alors "à la grande surprise des assistants" que la tumeur adhérait au rein gauche : comme on était trop avancé pour reculer, on décida qu'on allait enlever le rein. Une portion d'intestin et d'épiploon, qui avait contracté des adhérences avec la tumeur, fut soigneusement décortiquée au moyen du doigt, puis l'uretère et les vaisseaux du rein liés en masse ; après quoi tout le paquet, formé par le rein et la tumeur, fut simultanément extirpé. Il y eut peu d'hémorrhagie. On fit la toilette du péritoine avec une solution phéniquée, puis la suture profonde une fois appliquée, on recouvrit le tout avec le pansement antiseptique de Lister.

Les suites de l'opération furent des plus heureuses : l'observation mentionne jour par jour, les péripéties du traitement ; on y voit qu'à plusieurs reprises de vives douleurs abdominales et même des vomissements purent faire craindre une péritonite, mais tous les accidents cessèrent et la malade, opérée le deux décembre, était sur pied au commencement de mars, complètement, guérie.

L'examen de l'oreille destiné à remplacer la docimasie pulmonaire dans les cas où le médecin légiste n'a à sa disposition qu'une tête de nouveau-né ou de fœtus, séparée du tronc.

Par W WREDEN.

Cette méthode repose sur le contenu différent de la caisse du tympan, suivant que l'enfant a respiré ou non. A l'époque de Fabrice d'Acquapendente on savait déjà que, chez le fœtus, la cavité tympanique, au lieu de contenir de l'air, est pleine de mucus expulsé après la naissance par l'air que font pénétrer dans la trompe d'Eustache les mouvements respiratoires et les cris de l'enfant.

Tröltsch a montré, en 1858, qu'en réalité il ne s'agissait pas d'une sécrétion libre de la muqueuse, mais que la caisse du tympan était complètement obturée par une hypertrophie du revêtement muqueux de la paroi labyrinthique, qui forme comme un épais coussin s'étendant jusqu'à la face interne de la membrane du tympan et lui adhérant intimement.

Wreden, dans un précédent travail sur l'otite moyenne des nouveau-nés et Wendt, ont les premiers signalé l'importance de ces faits au point de vue médico-légal.

En outre, Wreden a prouvé que, contrairement à l'opinion de Tröltsch, ce coussinet muqueux était constitué par un développement de toutes les parois de la caisse, et non-seulement de la paroi labyrinthique.

D'un grand nombre d'autopsies, l'auteur a pu tirer les conclusions suivantes :

1^o Temps nécessaire pour la disparition totale du coussinet : 24 heures suffisent pleinement, tandis qu'au bout de 12 heures la résorption est seulement partielle ;

2^o Ordre de disposition : le bourrelet disparaît d'abord dans la trompe, au plancher de la cavité et sur la membrane tympanique, ensuite à l'extrémité postérieure de la caisse et à la paroi labyrinthique ; en dernier lieu à la voûte de la cavité.—Dans l'otite moyenne des nouveau-nés, le bourrelet muqueux inflammatoire se développe dans l'ordre précisément inverse ;

3^o Cause de résorption : ce sont les mouvements respiratoires du nouveau-né, aidés par ses cris et ses efforts de succion, car chaque mouvement de déglutition facilite singulièrement la pénétration de l'air par les trompes dans la caisse du tympan.

Le degré de régression du coussinet muqueux fœtal est sous la dépendance directe de l'énergie et de la durée des fonctions respiratoires. Quand les poumons sont sains, au bout de 12 heures le bourrelet n'existe plus que dans les cellules mastoïdiennes, au toit du tympan et sur la paroi labyrinthique.

Lorsque les mouvements respiratoires sont faibles, les poumons malades, après 24 heures de vie la résorption n'est que partielle. Les restes du bourrelet muco-gélatineux sont alors plus ou moins injectés, et leur teinte rouge sombre sert à les distinguer des restes du coussinet trouvés chez un nouveau-né à poumons sains, qui aurait vécu moins de 24 heures.

Chez les enfants nés avant terme, la rétrocession marche aussi vite et est aussi complète que chez les autres.

4^o Mode de disparition : la formation d'un espace libre dans la cavité tympanique s'opère par simple résorption du tissu muqueux fœtal.

Les recherches de Wendt ont ajouté un fait important. Les mouvements respiratoires intra-utérins exercent la même influence sur le coussinet muco-gélatineux que ceux qui ont lieu après la naissance.

La cavité du tympan.

Wreden a le premier appelé l'attention sur ce fait que le tissu muqueux fœtal (gélatine fœtale, bouchon muqueux) qui, comme Tröltzsch l'avait déjà prouvé (1858), remplit tout à fait les cavités du tympan du fœtus, disparaît dans les premières heures qui suivent la naissance et que c'est ainsi que se forme la lumière de la cavité du tympan. Wendt a trouvé (1) que la diminution du bouchon muqueux et gélatineux et par la suite la formation de la lumière de la cavité du tympan avait lieu immédiatement après la production de puissants mouvements respiratoires, parce que le milieu aspiré pénètre dans les cavités du tympan et chasse le bouchon muqueux. De là Wendt a tiré cette conclusion que dans le cas où l'on observe encore chez un nouveau-né le bouchon

(1) Wendt, De l'état de la cavité du tympan chez le fœtus et le nouveau-né (*Arch.*,

muqueux tout à fait développé, il ne peut y avoir eu de respiration puissante et que, si celle-ci a eu lieu, la cavité du tympan doit être libre et contenir le milieu (air, liquide amniotique, matières d'une fosse d'aisances) qui s'est trouvé précisément devant les orifices respiratoires, lorsque les premières inspirations se sont produites. L'importance médico-légale de ce fait est manifeste, et c'est un réel mérite pour Wend de l'avoir signalée et d'avoir introduit ainsi l'épreuve par les cavités du tympan dans la pratique médico-légale. Malgré cela ce serait trop s'avancer que de prétendre que cette preuve est si importante qu'elle égale la docimasia pulmonaire et qu'elle lui est même supérieure.

Nos expériences ont montré, en effet, que chez des enfants mort-nés, qui ont été examinés aussitôt et qui n'offraient pas de signes d'une respiration anticipée, les cavités du tympan étaient effectivement remplies de mucosités gélatineuses. Mais il s'est présenté à nous quelques cas où nous avons trouvé la même chose, bien que les enfants eussent vécu notoirement hors de l'utérus et qu'ils fussent morts un certain temps après. Ces cas concernaient le plus souvent des enfants non venus à terme, bien que déjà viables, et qui évidemment n'avaient respiré ni longtemps ni fortement ; c'est pourquoi il semble que l'entrée du milieu aspiré dans la cavité du tympan suppose des mouvements respiratoires assez intenses ; c'est en effet ce qu'à observé Wend qui attribue cet effet uniquement à de fortes inspirations. Toutefois, dans deux cas concernant deux enfants venus à terme et vigoureux qui furent tués immédiatement après la naissance et dont les poumons se montrèrent complètement remplis d'air, nous avons trouvé un état tout à fait fœtal des cavités du tympan. Cependant nous avons constaté que lorsque l'enfant a fait, soit avant, soit après la naissance, des mouvements respiratoires, les mucosités de la cavité du tympan disparaissent plus ou moins, et que la cavité du tympan contient le même milieu que celui qui a été également aspiré par les poumons. Dans tous les cas où l'enfant avait respiré,

excepté dans les deux cas cités plus haut, nous avons pu trouver dans l'oreille moyenne une cavité pleine d'air, qui était d'autant plus prononcée que l'enfant avait vécu et respiré plus longtemps.

De même, on a presque toujours pu retrouver dans les cavités du tympan, chez les enfants morts par asphyxie fœtale, les substances (liquide amniotique, méconium) qui ont pénétré dans les voies respiratoires, à la suite de mouvements respiratoires prématurés. Toutefois il est à remarquer sous ce rapport que tous les liquides qui se trouvent dans la cavité du tympan ne doivent pas être considérés comme venus du dehors, que plus souvent les mucosités qui remplissent l'oreille se liquéfient rapidement, et pour cette raison on trouve presque toujours sur les cadavres avancés, et sans exception sur les corps en putréfaction, la cavité du tympan remplie d'une sérosité sanguinolente ; cette sérosité est due à la dissolution colliquative du bouchon muqueux, et on y découvre avec le microscope des détritrus et des globules de sang en voie de destruction. Naturellement ce liquide peut se trouver en combinaison avec un autre contenu. S'il a pénétré dans la cavité du tympan du liquide amniotique ou du méconium, on peut souvent reconnaître, même à l'œil nu et en ouvrant la cavité du tympan, ces diverses substances à l'état de flocons blancs, jaunâtres ou verdâtres, qui, enlevées séparément et placées sous le microscope, font voir les parties constitutives de l'enduit sébacé (cellules épidermiques, gouttelettes grasses, cristaux de cholestérine, quelquefois des poils et, s'il y a du méconium, la substance colorante de la bile en amas ou cristaux de bilirubine). Des autres matières qu'on peut trouver dans les cavités du tympan nous citerons surtout des matières fécales dont nous avons constaté la présence sur deux enfants jetés dans les lieux d'aisances. Il peut aussi y avoir une combinaison de plusieurs matières, c'est-à-dire de l'air avec des parties constitutives du liquide amniotique ou avec des matières des lieux d'aisances. Sous le premier rapport, nous ferons remarquer qu'on peut trouver

quelques cellules épithéliales plates avec de l'air, dans l'oreille moyenne, chez des enfants qui ont respiré régulièrement. Ces cellules épithéliales proviennent évidemment de la muqueuse de la cavité buccale ; ce serait donc une erreur de conclure de la présence de ces épithéliums à une aspiration de liquide amniotique.

L'examen de la cavité du tympan se fait de la façon suivante : on sépare d'abord la dure-mère de la face antérieure du rocher qui regarde la fosse moyenne du crâne et on détache avec des ciseaux la petite lame osseuse qui forme la voûte légèrement aplatie de la cavité du tympan. On aperçoit aussitôt les osselets, soit isolés, soit entourés d'un mucus gélatineux ou d'un autre liquide. Les matières contenues dans l'oreille peuvent être enlevées très facilement en les aspirant avec une pipette ; on les met de côté pour les examiner au microscope ; dans cet examen, il faut accorder une attention particulière à des flocons jaunâtres ou verdâtres qui se voient même déjà à l'œil nu.

Surnatation de l'estomac et des intestins.

L'épreuve de la surnatation de l'estomac et de l'intestin repose sur ce fait, longtemps méconnu, que l'intestin et l'estomac de l'enfant avant la naissance sont aussi vides d'air que les poumons et que c'est seulement après la naissance, lorsque commence la respiration propre, que l'air arrive dans l'estomac et dans la partie supérieure de l'intestin et de là se répand dans tout l'intestin. On ne sait pas encore si les premières bulles d'air arrivent dans l'estomac par des mouvements de déglutition ou par aspiration. Breslau, qui a le mérite d'avoir le premier appelé l'attention sur ce fait, a proposé de constater la présence de l'air dans l'estomac et l'intestin par l'épreuve de la surnatation, comme on le fait pour les poumons et, se basant sur ses observations, il a soutenu que

cette épreuve devait avoir la même importance comme preuve de la vie que l'épreuve faite avec les poumons. Il a prétendu avoir trouvé également que le volume d'air contenu dans l'estomac et l'intestin permettait de juger de l'énergie avec laquelle un enfant a respiré et du temps pendant lequel il a respiré après la naissance ; enfin il a établi que la putréfaction seule ne rendait pas ces organes pleins d'air, par conséquent pas capables de surnager, et que cette épreuve pouvait même être employée pour les cadavres d'enfants putréfiés.

Une longue série d'observations, que nous avons faites en ce sens, nous a confirmé d'abord l'exactitude générale de la première opinion de Breslau, à savoir que l'air pénètre déjà dans l'estomac avec les premiers mouvements de respiration extra-utérine et le rend capable de surnager, ce qui nous force à attacher une grande importance diagnostique à ce signe. Le fait qu'on a trouvé aussi chez des enfants, qui ont vécu et respiré après la naissance, l'estomac et l'intestin vides d'air, n'est pas de nature à diminuer la valeur de l'épreuve de Breslau ; car nous trouvons aussi des anomalies dans la docimasia pulmonaire, sans que la valeur de celle-ci en soit diminuée. Il est clair entre autres que l'estomac et l'intestin resteront vides d'air malgré une vie extra-utérine, si, l'air n'a pu avoir accès dans les voies respiratoires. Au contraire l'air peut même pénétrer dans le tube digestif (et c'est là un côté particulièrement intéressant de l'épreuve de la surnatation de l'estomac et de l'intestin), quand l'aspiration est impossible dans les poumons à cause de l'obstruction du larynx ou de la trachée par les mucosités fœtales. Nous avons acquis la conviction, après de nombreuses observations, que précisément dans ces cas il arrive plus d'air dans l'estomac et l'intestin que lorsque la respiration n'est pas empêchée. Dans certains cas où les poumons restèrent presque entièrement atelectatiques à cause de l'obstruction des bronches, nous avons trouvé l'estomac et tout l'intestin grêle gonflés d'air, bien que l'enfant fût mort peu d'instant après la naissance,

landis que chez des enfants, qui sont morts sans que la respiration des poumons ait été empêchée, il ne se trouva d'air que dans l'estomac et dans le duodénum et tout au plus dans la première partie du jejunum, rarement plus bas. Il en résulte que la seconde opinion de Breslau à savoir " que la quantité d'air contenue dans l'estomac et l'intestin est en rapport direct avec l'intensité et la durée de la respiration," n'est pas aussi exacte que la première, et surtout que, si on voulait tenir compte du volume d'air contenu dans le tube digestif pour déterminer combien de temps l'enfant a pu vivre, il faudrait chaque fois tenir compte en même temps du fait que la respiration a été libre ou empêchée.

La troisième proposition de Breslau, à savoir " qu'un tube digestif qui était vide d'air reste vide, même si la putréfaction est avancée ", est absolument inexacte. Il est vrai que nous avons trouvé à plusieurs reprises chez des enfants que nous avons laissé pourrir, l'estomac et l'intestin vides d'air. Mais nous avons pu le plus souvent observer la production de bulles de gaz non seulement sous la muqueuse de l'estomac et de l'intestin mais dans la cavité même, et naturellement nous avons pu constater aussi que ces organes pouvaient surnager.

De ce qui précède il résulte que nous devons considérer l'épreuve de la surnatation de l'estomac et de l'intestin comme un moyen précieux pour résoudre cette question : un enfant a-t-il vécu ou non après la naissance ? c'est-à-dire capable, sinon de remplacer la docimasie pulmonaire, du moins de la confirmer et la compléter. Il ne faut donc jamais négliger de tenter cette épreuve qui se fait de la manière suivante : on pose une ligature à l'estomac au niveau du pylore et du cardia, et on enlève l'estomac avec les intestins et on les place sur l'eau. On peut alors observer avec beaucoup de précision si le tube digestif contient de l'air et jusqu'à quel point il en contient.

Discussion sur l'emploi du perchlorure de fer dans l'hémorrhagie après l'accouchement.

La question de l'opportunité des injections de perchlorure de fer dans les hémorrhagies survenant après l'accouchement est à l'ordre du jour depuis plus d'une année chez nos voisins d'outre-Manche ; nous ne pouvons résumer ici que les points les plus importants des longues discussions auxquelles elle a donné lieu, soit dans la presse, soit au sein même de la Société obstétricale

R. Barnes, a préconisé le premier cette méthode, à laquelle il reconnaît les avantages suivants : coaguler le sang dans les vaisseaux utérins béants ; resserrer ces orifices, et même provoquer souvent la contraction du muscle utérin par suite des propriétés astringentes et styptiques du perchlorure de fer.

Il aurait arrêté, par ce moyen, un certain nombre d'hémorrhagies contre lesquelles tous les autres modes de traitement avaient échoué ; ne se dissimulant point, du reste, la gravité de l'emploi d'un styptique aussi énergique, il cite lui-même quelques cas où l'injection fut suivie de phlegmatia alba dolens, ou d'autres complications ayant entraîné la mort.

Plusieurs accoucheurs anglais partagent la façon de voir de *R. Barnes* au sujet de ces injections utérines ; ainsi *More Madden* rapporte 10 observations d'hémorrhagies traitées par les injections de perchlorure de fer. Dans 9 de ces cas, l'hémorrhagie fut arrêtée ; une seule fois elle persista après l'injection ; chez 3 malades la mort survint ; elle n'est pas imputée par l'auteur à l'injection elle-même, mais à d'autres affections telles que variole, pneumonie typhoïde, embolie. En somme, l'auteur se range à peu près à l'opinion de *R. Barnes* et admet l'utilité des injections styptiques dans l'uterus pour arrêter certaines hémorrhagies puerpérales.

Hill Ringland a rassemblé un nombre assez respectable d'observations ; elles atteignent le chiffre de 45, et, sauf 1 cas, l'hémorrhagie fut toujours arrêtée par l'injection de perchlorure de fer. Cet auteur admet donc l'efficacité de cet

agent thérapeutique ; il se demande, en outre, si son emploi n'est pas sans danger, puisque dans ces 45 cas la mort est survenue 11 fois. D'après lui, il faudrait répondre négativement à cette question, car il est tout porté à croire que la mortalité eût été plus considérable encore si l'on n'avait pas eu recours au perchlorure de fer.

H. Norris rapporte 11 observations où l'on employa le perchlorure de fer ; mais il faut retrancher de ce chiffre 3 cas d'hémorragies survenues dans le cours de la grossesse chez des femmes que l'on tamponna avec des bourdonnets imbibés d'une solution styptique et qui avortèrent.

Sur les 8 cas qui restent, il y eut 2 morts survenues par épuisement, bien que l'hémorragie eût été arrêtée, et 6 guérisons ; seulement il n'est point dit si les autres méthodes avaient échoué avant que l'on ait eu recours aux injections intra-utérines.

Citons enfin parmi les partisans de la méthode de Barnes, William Draper, qui employa les injections intra-utérines avec succès dans 3 cas d'hémorragies non puerpérales.

Il nous reste à voir quelles sont les objections très sérieuses faites au promoteur du traitement des hémorragies par les injections intra-utérines. On sait que cette méthode n'a trouvé en France que bien peu de partisans, et qu'elle a été, au contraire, formellement rejetée par la plupart de nos accoucheurs, et notamment par Joulin.

En Angleterre, Barnes a surtout trouvé un adversaire sérieux dans *T. Snow Beck*. Cet accoucheur critique vivement l'emploi des injections de perchlorure de fer, et affirme d'abord que si les autres méthodes ont échoué entre les mains de Barnes, c'est que ce dernier ne sait pas les employer. Et cette affirmation ne doit pas nous étonner, car on sait que Barnes, dans le cas où il pratique le tamponnement du vagin, recommande de ne laisser le tampon en place que pendant une heure et demie. Du reste, *T. Snow Beck* fait remarquer que dans la plupart des observations de Barnes on n'avait même point tenté, pour arrêter l'hémorragie, une action

directe sur la matrice. Cette façon d'agir est certainement incompréhensible, si l'on songe aux graves dangers auxquels exposent les injections intra-utérines de perchlorure de fer (embolies, infections purulentes, affections utérines et péri-utérines, etc.)

Aussi T. Snow Beck conclut-il que cette méthode thérapeutique préconisée par Barnes ne doit être réservée que pour certains cas tout particulièrement graves, et alors seulement que les autres procédés convenablement employés n'ont donné aucun résultat.

Du fer dans l'organisme.

Expérimentant sur des chiens, placés dans les circonstances diverses de bien-être et de santé, M. Picard a recherché d'abord dans quelles limites varie la proportion de fer du sang ; il a trouvé que cette quantité varie de 1 à 2 et même d'avantage : ainsi un jeune chien, en pleine santé, a donné pour 100 centim. cubes de sang 0,092 de fer, et un chien affaibli par des hémorrhagies antérieures a donné seulement 0,041.

Comparant ensuite dans deux échantillons d'un même sang, d'une part la quantité de fer pour 100 centimètres cubes de sang, de l'autre la quantité d'oxygène que 100 centimètres cubes saturés de ce gaz dégagent dans le vide, il a pu constater que ces deux quantités varient parallèlement et que leur rapport sensiblement constant, est égal à 2, 3 ; ce qui revient à dire que le fer mesure sensiblement la capacité respiratoire du sang.

Enfin, recherchant s'il n'y avait pas un organe qui pût être considéré comme un lieu de réserve du fer, M. Picard a constaté que la rate seule peut contenir et contient, dans les conditions ordinaires, une quantité de fer très-supérieure à celle du sang.

TÉTANOS PUERPÉRAL.

PAR FLEETWOOD CHURCHILL.

Quoique le tétanos soit une affection des plus graves, on l'a considéré comme tellement rare dans l'état puerpéral, que la plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies des femmes l'ont à peine signalé. Simpson en a réuni aujourd'hui un nombre d'observations suffisant pour démontrer qu'on doit en tenir grand compte. Je ferai pour la description qui va suivre de larges emprunts à son excellent mémoire.

I.—FRÉQUENCE.

On croyait autrefois que le tétanos était plus commun chez la femme que chez l'homme, mais les statistiques modernes n'ont pas confirmé cette manière de voir. Sur 128 cas de tétanos traumatique recueillis par Curling, il y avait 112 hommes et 17 femmes; et sur 221 cas recueillis par Laurie, de Glasgow, il y avait 185 hommes et 36 femmes. — Sur 1069 cas mortels publiés dans les rapports du "Registrar general", il y avait 829 hommes et 240 femmes, de sorte que le nombre des hommes était quatre fois plus considérable que celui des femmes.

II.—CAUSES.

Le tétanos, bien que rarement, peut se déclarer à la suite d'accidents survenant à l'utérus non fécondé. Simpson cite un cas dans lequel, après avoir enlevé un polype cellulaire au moyen d'une légère traction, le tétanos se déclara dans la soirée du neuvième jour, et causa la mort en cinquante-cinq heures environ. Le tétanos peut aussi survenir après l'avortement, et il n'est pas spécial à la première grossesse, ou à aucune époque déterminée de la grossesse. Dans les sept cas recueillis par Simpson, dans le cas rapporté par Tyler, et dans le cas de Dossabhoy, plusieurs des malades avaient plusieurs enfants, et l'époque à laquelle l'avortement avait eu lieu variait chez toutes. L'espace de temps qui s'écoulait entre la fausse couche et l'invasion du tétanos était aussi variable. Chez l'une il éclata quelques jours après; chez

une autre le sixième jour ; chez une troisième le septième jour ; chez une quatrième, le huitième jour ; chez une cinquième, le treizième jour ; et enfin chez une sixième, quinze jours après. Dans le cas rapporté par Moore, le tétanos survint le huitième jour ; dans le cas décrit par Dossabhoi, le sixième jour, et dans le cas rapporté par Annan, le treizième jour. Toutes les malades moururent : l'une en soixante heures, l'autre en soixante-dix ; trois le troisième jour ; une le quatrième, et une le septième. La malade de Annan, le onzième jour, celle de Moore le treizième ; celle de Dossabhoi guérit.

Dans la plupart des cas, la fausse couche n'avait rien de particulier ; dans quelques-uns l'œuf ne fut pas immédiatement expulsé, et dans quelques autres l'hémorrhagie était si forte qu'il fallut recourir au tamponnement. Dans le cas rapporté par Tyler, le placenta qui se présentait d'abord avait été arraché. Il est peut-être difficile de préciser jusqu'à quel point l'irritation résultant de la présence prolongée de l'œuf, ou du tampon, ou le décollement du placenta, peuvent avoir agi sur la production du tétanos. Le tampon est employé journellement sans donner lieu à ces résultats ; mais dans certains états du système nerveux, il ne peut pas être complètement inoffensif. Les symptômes du tétanos n'avaient rien d'anormal : ils commençaient par un certain degré de roideur dans les mâchoires, qui bientôt devenaient complètement rigides, et le corps était fléchi en arrière par les spasmes tétaniques.

Simpson fait remarquer " qu'en pathologie chirurgicale des recherches ont été instituées dans le but de savoir s'il existe quelque rapport entre l'état de la plaie et l'invasion du tétanos. Mais aucun résultat positif n'est venu couronner ces recherches. Les chirurgiens paraissent s'accorder sur ce point, que souvent le tétanos se produit alors que la plaie extérieure paraît tout à fait saine ; mais d'un autre côté ils ont vu, dans un nombre de cas au moins égal, la maladie survenir lorsque la plaie était malsaine, enflammée, gangréneuse. Dans les

exemples rapportés par Simpson, le tétanos survenant après un avortement, la plaie utérine a toujours paru parfaitement saine en tant qu'il a été possible de s'en assurer. Dans quelques circonstances pourtant la plaie était en assez mauvaise condition pour donner lieu à un suintement sanguinolent ou même à une hémorrhagie.

Dans aucun des cas de tétanos puerpéral relatés dans cette partie du mémoire de Simpson, il n'a paru exister de traces d'inflammation utérine. Comme exemple de la maladie, je citerai une des observations données par Simpson.

OBSERVATION I.— Madame X . . . , mère de plusieurs enfants, fit une fausse couche de trois mois. Il y eut une légère hémorrhagie. Le premier jour après l'avortement cet écoulement cessa complètement et subitement. On observa en même temps un certain degré de roideur dans les masséters. Le jour suivant, les mâchoires étaient complètement immobilisées, et la tête se fléchit en arrière d'une façon tétanique. Les globes oculaires paraissaient enfoncés, les paupières incomplètement rapprochées. La patiente néanmoins pouvait encore parler, mais la déglutition des liquides était impossible. Le pouls était à 72. Il y avait de la constipation et du météorisme. La sécrétion urinaire était normale. Il n'y avait aucun écoulement par le vagin ; il n'existait pas de douleur ni de sensibilité dans la région utérine. Par moments le pouls faiblissait, et les accès tétaniques devenaient de plus en plus fréquents et plus forts. La malade mourut vingt heures après le début des accidents.

L'autopsie fut faite par M. Crossken et Fleming trente-six heures environ après la mort, et comme les résultats offrent certaines particularités, je rapporterai les termes mêmes de M. Crossken. "L'utérus avait son volume ordinaire. Le tissu utérin et la muqueuse étaient emphysémateux dans toute leur étendue et crépitaient lorsqu'on les comprimait entre les doigts. En un mot, on aurait cru tenir dans la main un fragment de poumon, avec lequel il y avait encore cette analogie que l'utérus surnageait lorsqu'on le mettait dans l'eau.

J'ajoute, dit M. Crossken, qu'il n'y avait aucun vestige de décomposition putride."

Voici maintenant l'observation de Tyler :

OBSERVATION II. — Je fus mandé, dit il, près d'une pauvre femme qui était à son quatrième mois de grossesse et qui venait d'être prise d'une hémorrhagie alarmante. Par le toucher, je trouvai l'orifice utérin dilaté. La dilatation offrait la dimension d'une pièce de deux francs environ. Le placenta était inséré centre pour centre au-dessus de l'orifice. L'hémorrhagie était des plus abondantes, et chaque douleur l'augmentait. Je fis l'extraction du placenta, et j'essayai d'accrocher le fœtus avec mon doigt, mais je n'y réussis pas. L'écoulement sanguin, un peu moindre, continuait cependant ; je fis le tamponnement ; l'hémorrhagie suspendue, j'administrai une dose d'ergot de seigle sans avantage. Le second jour j'enlevai le tampon et j'amenai en même temps une portion du placenta qui était restée. Je trouvai alors l'orifice utérin presque complètement revenu sur lui-même. Le quatrième jour la malade se plaignit de douleurs dans les reins, mais ces douleurs n'avaient rien qui dût attirer spécialement l'attention. Six jours après elle n'accusait plus qu'une extrême faiblesse, ce qui m'engagea à lui donner un peu de nourriture légère, bouillon de poulet, etc. Rien ne survint de nouveau jusqu'au treizième jour, quand tout à coup la pauvre femme se plaignit de mal de gorge et de difficulté à ouvrir la bouche. Elle ne pouvait avaler qu'avec beaucoup de difficulté les liquides. Le toucher me permit de constater que l'orifice était tout à fait fermé. La malade avait eu pendant toute la nuit des douleurs vives dans le dos, et des mouvements spasmodiques dans les muscles de la face. Le lendemain je trouvai les mâchoires complètement serrées et le tronc fléchi en opisthotonos. La mort enfin survint le seizième jour, après d'excessives douleurs.

Enfin le tétanos peut se produire après l'accouchement. Simpson en a recueilli 18 observations, auxquelles nous pouvons en ajouter 232, recueillies par Waring et autres.

Cette affection n'est pas plus fréquente après un premier accouchement qu'après les accouchements subséquents. Pour le moment où se produit l'attaque, il paraît que les conditions sont les mêmes, dit Simpson, que lorsqu'elle survient après un avortement ou une opération chirurgicale. Dans ces diverses circonstances, il est très-rare que l'accès survienne avant la fin du premier septénaire.

D'après des documents statistiques produits par Romberg, dans plus de la moitié des faits de tétanos chirurgical relevés par lui-même (112 fois sur 208), l'accès éclata du troisième au dixième jour après la blessure ou après l'opération.

Parmi les observations de Simpson, on trouve qu'une fois il est survenu très vite après l'accouchement, 1 fois le deuxième jour, 1 fois le troisième, 1 fois le quatrième, 4 fois le cinquième jour, 1 fois le sixième, 1 fois le septième, 2 fois le quatorzième, 1 fois le dix-septième, 1 fois après trois ou quatre semaines, et 1 fois enfin sept semaines après la délivrance.

Dans le fait de Woodhouse, l'accès se montra le onzième jour.

Sur les 232 cas de Waring, 7 femmes furent atteintes le premier jour, 32 le deuxième, 29 le troisième, 23 le quatrième, 22 le cinquième, 32 le sixième, 15 le septième, 14 le huitième, 15 le neuvième, 14 le dixième, 2 le onzième, 9 le douzième, 4 le treizième, 1 le quatorzième, 1 le dix-septième, 1 le dix-huitième.

Le cas observé par Patterson se produisit quatorze jours après l'accouchement. Dans un relevé des décès à Bombay, publié par ordre du gouvernement, on trouve que le tétanos s'est montré 102 fois après l'accouchement, 10 fois il s'est montré le premier jour, 15 fois le deuxième, 7 fois le troisième, 11 fois le quatrième, 9 fois le cinquième, 11 fois le septième, 7 fois le huitième, 2 fois le neuvième, 4 fois le dixième, 2 fois le onzième, 3 fois le douzième, 3 fois le quinzième, et 1 fois le seizième.

On rencontre plus d'uniformité dans la durée de la maladie.

Dans 1 cas la mort est survenue après quinze heures, 2 fois après le deuxième jour, 2 fois le troisième jour, 1 fois le quatrième jour, 1 fois le cinquième jour, 1 fois le sixième et une fois le septième jour. La malade de M. Woodhouse vécut deux jours et celle de Patterson vécut dix jours. On a noté 5 cas de guérison, c'est-à-dire que, si nous prenons les 26 cas cités, 4 femmes sur 5 ont succombé.

III. — SYMPTÔMES.

Il n'y a rien de spécial à signaler dans les symptômes du tétanos puerpéral, si ce n'est qu'au début on peut croire à l'existence d'un mal de gorge, et par conséquent le traitement ne sera pas dirigé comme il le convient dans une maladie aussi grave.

L'observation suivante publiée par Storer, de Boston, U. S. donnera une idée exacte de la maladie :

OBSERVATION III. — Madame C..., âgée de 28 ans et mère de deux enfants, accoucha à terme d'un enfant pesant huit livres. Le cordon se rompit près de son insertion placentaire sous l'influence de tractions pour extraire l'arrière-faix. Après quelques tentatives infructueuses pour délivrer la femme, on jugea opportun de ne pas insister plus longtemps. La perte de sang ne fut pas considérable. Pendant les cinq jours qui suivirent, le pouls resta bon. La malade n'eût pas de fièvre et ne ressentit pas de douleurs utérines. Vers le commencement du sixième jour une portion du placenta s'échappa par le vagin ; la malade, après avoir pris une dose d'ergot de seigle, en rendit deux autres fragments décomposés et d'une odeur fétide. Le septième jour, le pouls, pour la première fois, s'éleva au-dessus de 100 ; il était petit, filiforme, et la malade se plaignait de douleurs dans la tête, de roideur dans les mâchoires et de difficultés pour avaler. Les symptômes s'aggravèrent rapidement pendant cette journée, et vers le soir c'est à peine si la pointe de la langue pouvait dépasser les arcades dentaires. Les muscles du cou et des mâchoires devinrent plus douloureux ; la respiration était sensible, et à

des intervalles irréguliers survinrent des accès tétaniques. Le lendemain, c'est-à-dire le huitième jour après l'accouchement, les muscles de la face étaient si rigides que les mâchoires ne pouvaient être écartées le moins du monde. Le moindre attouchement semblait causé de vives souffrances à la malade et provoquer l'explosion d'attaques spasmodiques qui se reproduisaient toutes les trois ou quatre minutes. La tête était fortement fléchie en arrière et les muscles du cou étaient si fortement contracturés qu'on pouvait, avec la main placée sur la nuque, soulever tout le corps sans que le cou se pliât en aucune façon en avant. Quand les convulsions tétaniques éclataient, les souffrances de la pauvre femme paraissaient excessives. Les paroxysmes augmentèrent jusqu'au milieu de la nuit du huitième jour, et la malade mourut d'épuisement dans l'opisthotonos le plus complet. Pendant tout le temps, on ne constata aucun signe d'inflammation utérine ou péritonéale.

(A suivre.)

De la diète pendant les couches,

Par le prof. KLEINWACHTER.

L'accouchée est-elle une malade et doit-elle être traitée comme telle alors que l'accouchement est un acte physiologique ? Cette question avait amené l'auteur à penser que, si le repos est nécessaire à l'involution normale de l'utérus, la diète rigoureuse qu'on fait observer en général pendant les premiers jours des couches était beaucoup moins importante. Une série d'observations faites sur six accouchées auxquelles il a fait suivre pendant leurs couches un régime très substantiel, a confirmé complètement sa théorie. Pendant les 9 ou 10 jours de leur séjour à l'hôpital il donnait à ses accouchées une nourriture fortement animalisée et, comme boisson de la bière, proscrivant autant que possible l'eau, qui n'était pas bonne à l'hôpital et diminuant beaucoup l'emploi des tisanes.

Le poids de la mère et du nouveau-né, la quantité et la composition de l'urine, le pouls, la température, étaient contrôlés tous les jours. De ses observations l'auteur tire les conclusions suivantes :

On peut sans inconvénient donner aux accouchées bien portantes, et dès le jour de leur accouchement, une nourriture abondante mixte ou presque exclusivement animale. La perte de poids déterminée par les couches est ainsi diminuée. La sécrétion du lait commence plus tôt et est plus abondante. La diminution des liquides absorbés amène une diminution des sueurs. La quantité d'urine excrétée pendant le premier septénaire diffère peu de l'état normal ; la sécrétion urinaire augmente le premier jour, puis diminue un peu les jours suivants pour remonter encore à la fin de cette période, son poids spécifique est assez élevé (1022 en moyenne). L'excrétion de l'urée n'est pas diminuée (35 gr. 5 par jour en moyenne); elle s'élève le jour de l'accouchement, puis s'abaisse un peu et reste stationnaire pendant les jours suivants (lactation et sueurs), pour s'élever encore à la fin (diminution des sueurs). L'excrétion de l'urée paraît dépendre tout à fait du régime suivi et varie avec ce facteur.

Les nouveau-nés cessent de perdre de leur poids plus tôt que d'ordinaire et la perte de poids est moindre que lorsque la mère est soumise à la diète ordinaire. L'augmentation de poids a commencé trois fois le troisième jour, trois fois le quatrième, et au bout des huit premiers jours les nouveau-nés pesaient en moyenne 90 grammes de plus qu'à la naissance, au lieu de présenter encore une diminution de poids comme cela arrive d'ordinaire.

T. EXCHAQUET.

Extirpation de la totalité de l'utérus et des deux ovaires.

“ Dans un rapport chirurgical de Sumter county (comté de Sumter), nous trouvons un cas d'ablation, pour maladie fibreuse, de la totalité de l'utérus et des deux ovaires. Dans l'extirpation de cette masse, qui pesait plus de six livres, la

totalité de l'intestin grêle fut amenée au dehors de l'abdomen pour obtenir de la place. Cinq ligatures en soie furent appliquées à des artères, coupées ras et abandonnées. La cavité et les intestins ayant été soigneusement épongés avec de l'eau tiède, les incisions furent fermées avec des sutures d'argent, couvertes exactement et solidement avec des bandes d'emplâtre adhésif. L'opération fut accompagnée d'un grave ébranlement (*shock*) et suivie d'un violent vomissement. Pendant un paroxysme d'effort pour vomir, une anse intestinale fit hernie par la plaie et fut légèrement déchirée par le fil d'une suture. Les bords de la déchirure furent assujettis aux bords de la plaie de l'abdomen. Il y eut des symptômes répétés de pyohémie. Le dixième jour, des caillots et du pus furent évacués par une incision à la paroi postérieure du vagin. Les incisions de l'abdomen, excepté au niveau de la fistule, guérirent par première intention. Les sutures furent enlevées le dixième jour, mais les bandes agglutinatives furent conservées plus longtemps. La malade guérit complètement. Les tentatives faites pour fermer la fistule la réduisirent à des dimensions insignifiantes. Trois ans après, la malade, une négresse de 36 à 40 ans, était en parfaite santé, travaillant chaque jour, et goûtant les attentions de son mari autant qu'autrefois."

Les rapporteurs attribuent la disparition des symptômes alarmants de la septicémie au calomel à doses purgatives, bien qu'on employât le *beef essence* et les stimulants.

Médecin Interne à l'Hôtel-Dieu.

Monsieur le Docteur Joseph Germain, gradué de l'Université Victoria, a été nommé médecin interne à l'Hôtel-Dieu et est entré en charge ces jours derniers.

Election des Officiers de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

A l'élection des officiers qui a eu lieu le 8 janvier courant, à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, ont été nommés :

Monsieur le Docteur Ths. E. d'Odet d'Orsonnens, Président.

Monsieur le Docteur L. B. Durocher, Trésorier.

Monsieur le Docteur J. Emery Coderre, Secrétaire.

EXAMENS.

Les examens pour le Baccalauréat et le Doctorat auront lieu, à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, le 23 Mars prochain.

NAISSANCE.

En cette ville, le 11 février, la dame du Dr J. Gagnon, uue fille.

MARIAGES.

A Montréal, le 8 février 1881, par le Révd. M. Daniel, Louis Gammelin Gaucher, Ecr., M. D., de Hull, à Delle. Marie Emélie Cadieux de Courville, fille de feu George Hypolite Cadieux, N. P.

A Joliette, le 9 février 1881, J. Israël Desroches, Ecr., M. D., de Montréal, à Delle. Marie Jeanne Albertine Groult, fille unique de feu L. T. Groult, en son vivant protonotaire de Joliette.

DÉCÈS

A Indian Orchard, le 30 décembre 1880, Alfred Charles Desautels, M.D. à l'âge de 44 ans.

En cette ville, le 16 février, âgée de 5 jours, Eulalie Céline Cordélia, enfant du Dr J. Gagnon.

NOTE.— Nous laissons au *Boston Med. and Surg. Journal* la responsabilité de l'article "*Impression héréditaire*," phénomène auquel nous ne saurions ajouter foi.