

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

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.

Rédacteur : THS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M. D.

Vol. III.

MAI 1881

No. 5

PROVINCE DE QUÉBEC, }
District de Montréal. }

REQUÊTE LIBELLÉE

*Présentée à Son Hon. le Juge Rainville le 14 Avril courant et sur
laquelle a été accordé le bref contre l'Université Laval*

COUR SUPÉRIEURE

L'HON. L. O. LORANGER,

Procureur-Général pro regina,

REQUÉRANT.

vs.

LE RECTEUR ET LES MEMBRES DE L'UNIVERSITÉ LAVAL,

Défendeurs.

*Aux Honorables Juges de la Cour Supérieure du Bas-Canada, Pro-
vince de Québec, siégeant dans et pour le District de Montréal,*

La requête ou information libellée de l'Honorable L. Onésime Loranger, procureur-général de la province de Québec, l'un des membres du Conseil Exécutif et de l'Assemblée Législative de la dite province agissant aux présentes pour et au nom de Sa Majesté la Reine Victoria, Reine du Royaume-Uni de la Grande-Bretagne et d'Irlande, Impératrice des Indes, etc., etc.

Expose respectueusement :

Que "l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal."

a été, sous ce titre, duement incorporée par un acte de la législature de l'ancienne province du Canada, lequel est le chapitre 81 des statuts passés en la huitième année du règne de Sa Majesté (8 Vict. chap. 81, A. D. 1845.) Aux fins de fonder, en la dite cité de Montréal, des chaires publiques d'enseignement de la médecine et de la chirurgie, ainsi qu'il appert au dit acte d'incorporation ;

Que la dite école s'est régulièrement organisée, a fondé en la dite cité de Montréal, des chaires d'enseignement de toutes les sciences et branches de connaissances se rattachant à l'art de la médecine et de la chirurgie et à la pratique d'icelui ; qu'elle a donné depuis ce temps et jusqu'à présent, sans interruption, et qu'elle continue à donner des cours réguliers sur toutes les dites branches de connaissances ;

Que ce dit enseignement de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal a été couronné d'un grand succès ;

Que notamment, la dite école a, au moyen du dit enseignement, formé un grand nombre de médecins aujourd'hui établis dans toutes les parties du Canada, et dans divers pays étrangers où ils pratiquent l'art de la médecine et de la chirurgie avec honneur et distinction ;

Que, au moyen du dit enseignement et par la science, le travail, les talents et le dévouement de ses membres, la dite école a acquis une grande réputation, s'est attiré un grand nombre d'élèves de toutes les parties du Canada et des pays voisins et a atteint un haut degré de prospérité, laquelle s'est maintenue sans diminution jusqu'à l'été de mil huit cent soixante et dix-neuf ;

Que le dix décembre mil huit cent cinquante-cinq, il plut à Sa Très-Gracieuse Majesté la Reine Victoria d'octroyer au séminaire de Québec, corporation locale établie en la cité de Québec, une charte royale, érigeant le dit séminaire de Québec en Université "à Québec" sous le nom de "L'Université Laval," les nom et description légale donnés à la dite Université, par la dite charte, étant " le Recteur et les membres " de l'Université Laval à Québec dans la province du Canada "

(The rector and members of l'Université Laval (Laval University) at Quebec in the province of Canada) et de lui conférer sous ce nom droit de succession perpétuelle, droit d'avoir un sceau commun et de le changer, droit aussi ample que celui accordé à qui que ce soit, de poursuivre et d'être poursuivi devant tous les tribunaux de l'Empire et du Canada et autres possessions britanniques, la dite charte pourvoyant à ce qu'un conseil universitaire soit formé comme suit, savoir : du Recteur et de trois des plus anciens professeurs des facultés de théologie, de médecine, des arts et tous les autres membres du dit conseil choisis exclusivement parmi les directeurs du dit séminaire de Québec, c'est-à-dire parmi tous les membres du séminaire que le dit séminaire juge à propos de considérer comme directeurs ; la dite charte confère en outre au conseil de la dite Université pouvoir de faire des statuts, règles et ordonnances concernant le bon gouvernement de la dite Université, ses études, lectures, exercices, l'octroi des degrés dans les arts et facultés et concernant toutes autres matières et sur toutes choses paraissant bonnes et utiles au bien-être et à l'avancement de la dite université et en harmonie avec la dite charte ; de nommer les professeurs des facultés de loi, de médecine et des arts, de présenter les candidats aux chaires de théologie ; la dite charte accordant à la dite Université Laval des privilèges semblables à ceux possédés par les universités du Royaume-Uni de la Grande-Bretagne et d'Irlande, le pouvoir d'affilier et unir à la dite université, tout séminaire, collège ou institution de cette province que son conseil jugerait à propos d'affilier, le pouvoir de conférer les degrés de bacheliers, de docteurs et de maîtres ès arts et facultés aux élèves du dit séminaire ou de la dite université et aux élèves des séminaires et collèges affiliés, la dite charte déclarant nul et de nul effet tout ce qui répugnerait à la dite charte et à la loi ou qui ne serait pas en conformité avec les dispositions de la loi ou de la dite charte et déclarant en outre que la dite charte n'affecterait ni ne diminuerait en aucune manière, les droits, privilèges et pouvoirs du séminaire de Québec, lesquels demeurerait quant à l'adminis-

tration des affaires du dit séminaire de Québec, ce qu'ils étaient auparavant, laquelle charte étant ainsi octroyée par Sa Très-Gracieuse Majesté en son palais de Westminster, en la seizième année de son règne, ainsi que le tout appert à une copie de la dite charte royale produite comme partie des présentes ;

Qu'ainsi le caractère de la dite Université Laval et les pouvoirs et privilèges accordés à la dite corporation appelée " Le Recteur et les membres de l'Université Laval à Québec, dans la province du Canada " sont d'une nature toute locale vu que c'est le séminaire de Québec qui est érigé en université à Québec, lequel séminaire tout en recevant les pouvoirs additionnels de fonder à Québec des facultés de droit et de médecine et de théologie et des arts, de créer des chaires pour enseigner ces branches de connaissances, de conférer les degrés de bacheliers, docteurs, maîtres ès-arts et facultés, et tout en étant enrichi des pouvoirs universitaires et de celui de conférer tous les titres et toutes les dignités universitaires, ne cessait pas d'être une institution purement locale dont le siège d'action était fixé à Québec, vu que la dite charte fixe le siège de la dite université en la cité de Québec et ne lui permet aucunement de transporter, ni établir ailleurs le siège de la dite université, ni d'en étendre l'organisation, ni d'en établir les facultés et les chaires dans les districts voisins, ni dans aucune autre partie du pays, ni par conséquent d'établir des succursales dans aucune partie du pays ;

Que d'ailleurs, c'est du caractère propre de la dite Université Laval et de toute université de même nature d'être des institutions locales et d'être restreintes quant à leur fonctionnement et à leurs opérations comme universités au lieu où leur charte fixe le lieu de leur établissement ;

Que, en vertu de la dite charte, la dite Université Laval a fondé, en la dite cité de Québec, diverses facultés, entre autres des facultés des arts, de droit et de médecine, et y a donné l'enseignement universitaire depuis l'année mil huit cent cinquante-six jusqu'à aujourd'hui et notamment, y a donné des cours réguliers de médecine et de chirurgie ;

Que dans le but de contrôler seule et même de monopoliser en autant que la population catholique était concernée, l'enseignement supérieur et notamment l'enseignement des professions libérales dans la province de Québec, ce qu'elle n'avait aucunement le droit de faire d'après la loi et sa charte, la dite Université Laval s'est constamment opposée injustement et par tous les moyens possibles à la fondation de toute université catholique en la cité de Montréal et même à ce que les institutions existantes fussent revêtues de pouvoirs nécessaires pour établir des chaires de droit et de médecine et pour conférer les grades et honneurs universitaires, et que notamment elle s'est opposée ainsi à ce que la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal fut revêtue de tels pouvoirs et reçut de concert avec d'autres institutions habiles à former une université catholique les droits, pouvoirs et privilèges nécessaires à la fondation d'une université ;

Que nonobstant les dits avantages, pouvoirs et privilèges exclusifs d'université catholique qu'elle possédait et qu'elle a réussi à posséder seule jusqu'à ce jour, la dite Université Laval n'a réussi à attirer chez elle qu'une très petite proportion des étudiants catholiques de la province de Québec ; que notamment la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, grâce à sa haute réputation et à l'enseignement supérieur qu'elle a continué de donner, a continué à recevoir le patronage et l'encouragement du public, tellement que plus de la moitié des étudiants en médecine appartenant au culte catholique et parlant la langue française dans la province de Québec ont continué à suivre les cours de la dite école et à peine un cinquième des étudiants en médecine ont suivi les cours de médecine de l'Université Laval, le reste des étudiants catholiques, notamment les étudiants en droit ayant continué à suivre les cours d'une université protestante ;

Que d'un autre côté, la cité de Montréal où est située la dite école de médecine et de chirurgie est de beaucoup la plus considérable des villes de la province de Québec et même

de tout le Canada et est le centre de la partie la plus riche et la plus populeuse, en sorte que les étudiants sont amenés naturellement à venir y étudier leurs professions, ce à quoi ils sont aussi induits par leurs relations d'affaires et de famille, leurs intérêts matériels, en sorte que au moins les deux tiers de tous les étudiants catholiques de la province de Québec et même de tout le Canada, y viennent naturellement pour étudier de préférence à toute partie du pays;

Que en l'année mil huit cent soixante et dix-huit, la dite Université Laval ne voulant plus subir la compétition victorieuse que lui faisait la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, entreprit illégalement, malicieusement et frauduleusement de se débarrasser de la dite école rivale en la faisant disparaître; que dans ce but elle établit illégalement une succursale de l'Université Laval à Montréal, y fonda illégalement une faculté de médecine et de chirurgie, et, agissant par son Recteur, elle induisit les professeurs de la dite école, savoir les membres composant la corporation de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal à accepter le titre de professeurs de l'Université Laval à Montréal et de former le personnel de la dite Faculté de Médecine, ce à quoi ils consentirent, ne connaissant pas alors l'illégalité de l'établissement de la dite succursale et ne suspectant pas la bonne foi et les intentions de l'Université Laval, puis elle fit tous les efforts possibles, par promesses, séductions et fauses représentations, pour engager les dits membres de la dite école de médecine, à renoncer à leur qualité de membres de la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, à renoncer à l'existence corporative de la dite école et à annihiler, détruire et faire disparaître cette dernière de manière à se débarrasser complètement de toute compétition de la dite école, la dite Université Laval se proposant, ainsi qu'il sera prouvé en temps opportun, après qu'elle se serait ainsi débarrassée de la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, d'abolir la dite faculté de médecine à Montréal ou du moins de la tenir dans un état de dépendance et d'infériorité telles que sa

concurrence ne fut plus à redouter par la faculté de médecine de la dite Université Laval ;

Que les professeurs de la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal ou du moins la presque totalité d'entre eux ne consentant plus à l'abolition de la dite école ni à l'abandon de leur charte, l'Université Laval leur inîma sur des prétextes futiles et pour des motifs injustes et des raisons sans fondement valables et ce par l'entremise de son Recteur, par lettre en date du six juin mil huit cent soixante et dix-neuf, qu'ils n'étaient plus professeurs de l'Université Laval et elle les démit injustement, arbitrairement et sans cause suffisante des charges qu'elle leur avait confiées de professeurs de médecine et de chirurgie de l'Université Laval à Montréal ;

Que bien que l'Université Laval n'eut eu aucun droit de leur conférer ce titre, n'ayant pas le droit d'établir de faculté de médecine à Montréal, les dits professeurs de médecine et de chirurgie de Montréal avaient accepté ce titre dans une pensée de paix et de conciliation, et leur démission, pour les motifs allégués, était un acte injuste, arbitraire, et accompli dans le but, de la part de l'Université Laval, de réaliser son plan, préconçu depuis longtemps, savoir, l'établissement d'une faculté de médecine à Montréal en compétition illégale et injuste avec la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal et dans le but de la ruiner, à défaut de réussir à faire consentir ses membres à abolir eux-mêmes leur dite école ;

Que, effectivement durant le cours de l'été de mil huit cent soixante et dix-neuf, la dite Université Laval fonda et établit en la dite cité de Montréal injustement, illégalement, contrairement aux dispositions de sa charte royale et en contravention à la loi de ce pays, diverses facultés et chaires d'enseignement et entr'autres une faculté de Droit et une faculté de médecine et de chirurgie et nomma injustement et illégalement des professeurs pour remplir les dites chaires, qui prirent respectivement le titre illégal de professeurs de Droit et de Médecine de l'Université Laval à Montréal, lesquels professeurs donnent des cours de Droit et de Médecine à Montréal au nom de la dite Université Laval ;

Que notamment la dite faculté de médecine ouvrit des cours de médecine et de chirurgie en la dite cité de Montréal et donna injustement, illégalement et sans droit aucun, mais en violation expresse de sa charte et de la loi les dits cours de médecine, sans interruption, de l'automne de mil huit cent soixante-et-dix-neuf jusqu'au printemps de mil huit cent quatre-vingt, inclusivement, et de l'automne de mil huit cent quatre-vingt jusqu'à aujourd'hui ;

Que de plus la dite Université-Laval délivra, chaque année, des certificats des cours suivis et des Diplômes aux élèves ayant suivi ses dits cours à Montréal ;

Que l'établissement des dites chaires de médecine et de chirurgie par l'Université-Laval à Montréal, l'enseignement donné dans les dites chaires et la délivrance des dits certificats et diplômes ont été effectués dans le but avoué de faire une compétition injuste, déloyale et ruineuse à la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal ;

Que de fait, l'établissement illégal des dites chaires et l'enseignement illégal donné en icelles ont porté un préjudice considérable à la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, lui ont fait une compétition injuste et l'ont privé de gains et bénéfices considérables, savoir : de tous les bénéfices que la dite Ecole eut retiré des élèves qui ont suivi les cours de médecine et de chirurgie des dites chaires établies à Montréal, par l'Université-Laval, lesquels élèves, sans cet établissement illégal, eussent tous ou presque tous suivi les cours de la dite Ecole et lui eussent payé l'honoraire établi par ses règlements, savoir : environ deux cent quarante-quatre piastres (\$244.00) par tête ;

Que la dite Université-Laval a fait ainsi perdre à la dite Ecole au moins neuf mille sept cents piastres durant les dites deux années ;

Qu'en établissant ainsi en la dite cité de Montréal injustement et illégalement des chaires de Droit, de Médecine et de Chirurgie, en nommant des professeurs aux dites chaires, en enseignant les dites sciences du Droit et de la Médecine

dans les dites chaires et en délivrant des certificats et diplômes aux élèves ayant suivi ses dits cours à Montréal, la dite Université-Laval a, sciemment, de propos délibéré, violé la loi de ce pays, notamment la loi concernant les corporations; que de plus elle a agi en violation expresse de sa dite Charte Royale et en agissant ainsi, elle a injustement et illégalement assumé des pouvoirs et fonctions et exercé et prétendu exercer des franchises, privilèges et prérogatives ne lui appartenant pas, et qu'ils ne lui sont conférées ni par la loi ni par sa dite charte d'incorporation ;

Que cet empiètement et l'exercice de ces pouvoirs et prérogatives usurpés, a occasionné à la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, des dépenses et déboursés très-considérables pour défendre ses droits et ses avantages naturels et la position qu'elle s'est faite comme dit ci-dessus ;

Qu'en effet, la dite Université-Laval a, par l'entremise de ses dignitaires ou fonctionnaires dûment autorisés, mis en œuvres toutes sortes de manœuvres, d'artifices et d'intrigues injustes et vexatoires et fait des efforts considérables pour ruiner la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal et même la faire disparaître complètement, et à défaut de cela, pour la priver et dépouiller illégalement d'une partie de ses avantages, lui faire une compétition ruineuse et la supplanter dans l'estime des habitants de cette province et surtout de la région de Montréal ;

Qu'en agissant ainsi, la dite Université-Laval a porté un préjudice grave et causé de grands dommages à la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, dommages qui s'élevaient à la somme d'au moins vingt-cinq mille piastres courant (\$25,000) ;

Qu'en agissant ainsi, la dite Université Laval a porté atteinte aux droits et aux intérêts du public en général pour entr'autres raisons les suivantes :

1^o Parce qu'il n'a jamais été conféré à l'Université Laval aucun droit, pouvoir, autorité ni privilège d'établir des chairs d'enseignement du Droit et de la Médecine en dehors de la

cité de Québec et notamment en la cité de Montréal ni d'y enseigner le Droit, la Médecine et la Chirurgie, et que tels droits ne lui appartiennent ni d'après la loi ni d'après sa charte ;

2^o Parce que l'usurpation et l'exercice illégal de tels privilèges et prérogatives est la négation complète et absolue du droit exclusif qu'a l'autorité souveraine de concéder et octroyer les privilèges, droits et prérogatives universitaires ; une seule université pouvant, si un tel droit était reconnu, établir des facultés et chaires dans toutes les villes et dans tous les bourgs du pays et cela même contre la volonté de l'autorité souveraine ;

3^o Parce que ni la loi ni la charte de la dite Université Laval ne permettent à la dite université d'établir des succursales en dehors de la cité de Québec ;

4^o Parce que c'est une matière de Droit public, aussi bien que d'ordre public et d'intérêt public que l'établissement de cours universitaires ne soient établis, en un lieu quelconque, que par l'autorité souveraine ;

5^o Parce que le droit d'établir de telles facultés, de telles chaires ou cours universitaires de Droit et de Médecine, de même que le droit de conférer des dégrés et titres universitaires sont matières de prérogatives royales réservées à l'autorité souveraine ;

6^o Parce que, en établissant ainsi illégalement et injustement une succursale en la dite cité de Montréal et par son injuste opposition la dite Université Laval empêche l'établissement d'une université catholique à Montréal et prive par là des milliers de jeunes gens de l'enseignement supérieur auquel ils ont droit et toute la population de Montréal, savoir, la plus populeuse et la plus riche portion de toute la province de Québec, des avantages considérables qui résulteraient pour eux de la fondation d'une université catholique à Montréal, et cela sans aucun bénéfice pour elle-même, car c'est un fait notoire que la grande majorité de la population catholique de toute la région de Monta al ne veut pas de

l'enseignement de la dite Université Laval et est bien déterminée à ne jamais l'accepter ;

Que dans l'espèce actuelle, il est d'un haut intérêt public que la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal qui est une institution publique ayant déjà rendu de grands services à la société, soit protégée contre les manœuvres employées par la dite Université Laval pour la ruiner et la faire disparaître, non-seulement d'une manière suffisante pour lui conserver l'existence, mais même afin d'assurer sa prospérité et de lui conserver toute son efficacité ; qu'il est aussi de l'intérêt public que les corporations publiques dûment autorisées par la loi et agissant dans la stricte observance et le respect de la loi, ainsi que dans les limites de leurs pouvoirs, soient dûment et efficacement protégées contre toute agression et toute compétition injuste et illégale ; que la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, étant une corporation, a droit à une telle protection ;

Qu'à plusieurs reprises et notamment par protêt en date du quatre octobre mil huit cent quatre-vingt, copie duquel est produite comme partie des présentes, la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal a, par le ministère de J. A. D. Lesage, notaire, protesté contre l'établissement de la dite succursale des dits défendeurs à Montréal, et contre l'établissement de toute faculté et de tout cours de médecine et de chirurgie fait par eux à Montréal ainsi que contre tout enseignement donné par et au moyen des dits cours et facultés et succursales, sommant les défendeurs de les abolir et discontinuer, leur défendant de donner le dit enseignement, ainsi qu'il appert au dit protêt ;

Que par un autre protêt en date du vingt-trois de mars mil huit cent quatre-vingt-un, copie duquel est produite comme partie des présentes, la dite école a, par le ministère du même notaire renouvelé les dites protestations, défenses et sommations et a protesté contre l'octroi des diplômes et certificats octroyés par les défendeurs à Montréal ;

Que les titulaires des dites chaires ainsi établies illégale-

ment à Montréal par la dite Université Laval n'ont aucun droit de prendre le titre de professeurs de l'Université Laval à Montréal ;

Que les élèves ayant suivi les cours irréguliers et illégaux donnés comme dit ci-dessus, par la dite Université Laval à Montréal, n'ont aucun droit à aucun diplôme ou certificat d'étude que pourrait leur conférer ou leur délivrer la dite Université Laval, et que les dits diplômes et les dits certificats sont nuls et de nul effet ;

Que les dits diplômes et les dits certificats ne peuvent nullement être reçus par le Collège des Médecins et Chirurgiens comme preuve que les dits élèves ont accompli les exigences de la loi et que tels certificats ne peuvent nullement autoriser ni justifier l'admission à la pratique de la médecine et de la chirurgie ;

Que la présente poursuite a été sollicitée, auprès de l'Honorable Procureur-Général, par l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, corps politique dûment incorporé et par le Docteur Thomas E. d'odet d'Orsonnens, docteur en médecine, et J. Emerie Coderre aussi docteur en médecine, tous deux de la cité et du district de Montréal ;

Que E. H. Trudel, docteur en médecine, du dit lieu de Montréal, s'est porté caution jusqu'à concurrence de la somme de cinq cents piastres courant, des frais de la présente poursuite, le dit cautionnement étant déclaré suffisant pour indemniser le gouvernement des dits frais et étant accepté comme tel par le requérant ;

Qu'en même temps l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal a offert de déposer à la dite satisfaction du dit Procureur-Général, dans une banque, la somme qu'il indiquerait comme suffisante pour garantir les dits frais ;

Que le dit cautionnement du dit E. H. Trudel a été donné et accepté par le requérant et que c'est sur le dit cautionnement que votre requérant a autorisé la présente poursuite, laquelle autorisation a été donnée à Québec, le douze avril courant ainsi qu'il appert à icelle produite comme partie des présentes.

A ces causes et vu les affidavits produits à l'appui des présentes et vu le dit cautionnement et le dit offre de dépôt, votre requérant, agissant aux présentes, pour et au nom de Sa Majesté prie vos Honneurs qu'il leur plaise d'ordonner l'émanation d'un bref commandant aux dits défendeurs, savoir : " l'Université Laval, savoir la dite Corporation, le Recteur et les membres de l'Université Laval à Québec, dans la province du Canada " de comparaître devant cette honorable cour ou tout juge de la dite cour, en vacance, à tel jour et sous tel délai qu'il plaira à la dite cour ou au dit juge, fixer, pour répondre aux allégations de la présente requête ou information libellée et de démontrer, justifier et établir en vertu de quel droit, prérogative ou autorité elle a établi une succursale et des facultés universitaires de droit, de médecine et de chirurgie en la cité de Montréal, y a créé et y maintient des chaires de droit, de médecine et de chirurgie, y a nommé des professeurs aux dites chaires, y a donné et y donne des cours de droit, de médecine et de chirurgie, et confère des diplômes, certificats, degrés, et titres universitaires, et que à défaut par elle de ce faire, il soit par jugement à intervenir sur la dite requête ou information libellée, adjugé et déclaré que pour ces causes, par les actes et en raison des infractions et violations de la loi ci-dessus alléguées, l'Université Laval, savoir, les dits " Le Recteur et les membres de l'Université Laval à Québec (ci-devant dans la province du Canada) ont illégalement et sans droit exercé des pouvoirs, privilèges, franchises et prérogatives qui ne lui étaient pas conférés par la loi et dont l'exercice ne leur était pas permis, ni n'était autorisé par la loi, non plus que par la dite Charte Royale ; que par les dits actes, pour les dites causes et en raison des dites infractions et violations de la loi, la dite Université Laval savoir " le Recteur et les membres de l'Université Laval à Québec (ci-devant dans la province du Canada) ont violé leur charte, agi en contravention à la loi, ont excédé leurs pouvoirs, capacité, franchises et outrepassé la juridiction à eux conférée, que la dite Université Laval, savoir " le Recteur et les mem-

bres de l'Université Laval, à Québec (ci-devant dans la province du Canada) soient assignés à comparaître devant cette cour pour voir, dire, déclarer et adjuger qu'ils n'ont aucun droit quelconque à l'établissement et au maintien d'une succursale de l'Université Laval à Montréal et que l'établissement de facultés et de chaires de droit et de médecine en la dite cité de Montréal, et leur maintien sont en violation de la loi et de leur Charte Royale ; qu'il émane un ordre de cette honorable cour ou de tout juge d'icelle, à la dite Université Laval, savoir " le Recteur et les membres de l'Université Laval, à Québec (ci-devant dans la province du Canada) d'abolir incontinent toute faculté et toute chaire de droit et de médecine de l'Université Laval à Montréal, de discontinuer tout enseignement et tout cours de droit et de médecine et de chirurgie à Montréal, de cesser de donner tout diplôme ou certificat quelconque d'étude de droit ou de médecine et de chirurgie à tout élève, le dit ordre enjoignant en outre aux dits professeurs nommés par la dite Université Laval à Montréal, de discontinuer tout enseignement et de cesser de prendre ou porter le titre de professeurs de l'Université Laval à Montréal.

Concluant en outre, votre requérant que par jugement à intervenir sur sa dite requête, qu'il soit adjugé et déclaré que tout diplôme et certificat d'étude de Droit et de médecine octroyés par les dits professeurs de l'Université Laval à Montréal, sont nuls et de nul effet et ne pouvant aucunement répondre aux exigences de la loi pour permettre aux porteurs d'iceux de se présenter devant le Collège des Médecins et Chirurgiens de cette province et de recevoir d'eux des licences leur permettant de pratiquer la médecine et la chirurgie.

Enfin que les dits " Le Recteur et les membres de l'Université Laval à Québec (ci-devant dans la province du Canada) " soient assignés pour se voir condamner aux dépens des présentes dont les soussignés demandent distraction en leur faveur.

Votre Requérant prenant les dites conclusions sans préju-

dice à tout droit d'action en dommages ou autre action que la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montreal aurait ou jugerait à propos d'exercer contre la dite Université Laval, et réservant expressément tout tel droit d'action.

Montréal, 14 avril 1881.

TRUDEL, CHARBONNEAU & TRUDEL,
Avocats du Requérent.

Du traitement de la diarrhée infantile cholériforme.

Par M. le docteur LUTON.

M. le docteur Luton (de Reims) propose la médication suivante pour la diarrhée infantile cholériforme :

L'enfant est d'abord soumis à une diète absolue. On supprime rigoureusement ce qui a pu, à titre de mauvais régime, provoquer l'explosion des accidents. Dans ces circonstances, tout est nuisible et se retourne contre l'intéressé : lait de médiocre qualité, bouillies de farine ou de fécule plus ou moins sucrées, aliments de facile acescence et susceptibles de transformations en substances âcres et irritantes, et pris à l'aide de biberons compliqués, réceptacles de ferments tout prêts à agir.

On donne alors pour unique boisson ou aliment de l'eau pure et froide, et cela à discrétion, avec un biberon parfaitement nettoyé ou avec un simple verre à boire. Or, il n'est pas d'enfant, si jeune qu'on le suppose, qui ne se jette avec avidité sur ce liquide, que son instinct lui révèle comme une chance de salut : il boit, sans pouvoir se désaltérer en quelque sorte, et jusqu'à indigestion. Cependant les vomissements s'arrêtent dès le premier abord, et bientôt après la diarrhée elle-même, à partir du moment précis où les matières peccantes ont été évacuées. L'enfant ne se lasse pas de sa boisson, qui le calme et le rafraîchit, sans ajouter de nouveaux éléments d'irritation et de combustion intime.

En résumé, voici le traitement proposé par M. le professeur Luton :

1^o Supprimer toute alimentation, cause immédiate probable du mal, conduisant d'ailleurs à l'inanition des ferments morbides ;

2^o Donner à discrétion de l'eau pure et froide (diète hydrique), pour tonifier l'intestin et hydrater le sang ;

3^o Revenir progressivement à un régime plus rationnel, en maintenant pendant quelque temps encore la suppression des matières sucrées et l'action tonique du froid.

L'emploi des moyens accessoires n'importe pas ici. (*Bulletin général de Thérapeutique*, du 28 février, 1881.)

Ablation d'un cancer de l'estomac. Succès opératoire.

PAR BILLROTH.

Une femme de quarante ans présentait les symptômes d'un cancer du pylore depuis le mois d'octobre 1880. L'alimentation étant impossible et l'épuisement faisant des progrès, Billroth, avec le consentement de la malade, résolut d'opérer. On sentait à la partie supérieure de l'estomac, et un peu à droite, une tumeur grosse comme une pomme de moyen volume.

Incision transversale des téguments, d'environ 8 centimètres de largeur. La tumeur fut difficile à libérer à cause de ses dimensions ; c'était un cancer en partie composé de nodules, en partie infiltré, recouvrant le pylore et plus d'un tiers de la partie inférieure de l'estomac. Billroth sépara la tumeur de ses adhérences à l'épiploon et au côlon transverse, liant les vaisseaux avant de les sectionner. Perte de sang minime.

La paroi stomacale fut incisée à 1 centimètre en dehors du mal, d'abord en arrière, puis du côté du duodénum. Six sutures furent passées à travers les lèvres de la plaie, mais

seulement pour les maintenir en place. Une seconde incision oblique fut faite de haut en bas et de dedans en dehors, toujours à 1 centimètre des limites du mal ; la portion stomacale de la tumeur était ainsi libérée ; cette plaie fut fermée de bas en haut, laissant seulement une ouverture pour y introduire le duodénum par une incision faite toujours à un centimètre de la partie infiltrée. Le duodénum fut alors introduit dans l'ouverture laissée à la plaie de l'estomac et le tout fixé et consolidé au moyen de cinquante sutures faites avec de la soie phéniquée. La plaie fut lavée avec une solution d'acide phénique ; le viscère remis dans l'abdomen, la plaie abdominale suturée et pansée.

L'opération avait duré une heure et demie, on avait enlevé un ganglion mésentérique hypertrophié. Ni faiblesse, ni vomissement, ni douleur après l'opération. Durant les vingt-quatre premières heures, la malade ne prit que de la glace par la bouche et des lavements nutritifs avec du vin, et le lendemain une cuillerée à bouche de lait toutes les demi-heures.

La malade, femme très intelligente, se sentait très bien, et dormit la plus grande partie de la nuit à l'aide d'une petite injection de morphine.

La partie excisée avait environ 14 centimètres en longueur, suivant la grande courbure de l'estomac. On ne pouvait faire passer par le pylore qu'une plume, et encore avec difficulté. La forme de l'estomac n'était pas sensiblement altérée, mais les dimensions étaient réduites.

Sept jours après l'opération les sutures avaient été enlevées, la plaie était cicatrisée sans réaction, l'état général de la malade était bon ; elle prenait du pain, des œufs, du café, du thé et du chocolat. (*Bulletin général de Thérapeutique*, du 28 février, 1881).

Des lavements alimentaires de sang de bœuf desséché.

Le docteur Egan Pulaski a fait un travail sur ce sujet. Il montre d'abord qu'il est un fait reconnu qu'on ne peut indifféremment injecter dans le gros intestin toutes espèces d'aliments. Le rectum ne peut digérer les substances qui ont besoin, pour être absorbées, du travail stomacal ou intestinal. Le lait, l'extrait de viande et tous les autres aliments doivent être soumis à l'action du suc gastrique, du suc pancréatique et de la bile pour pouvoir servir utilement à la nutrition. Ce qui est vrai pour ces substances ne l'est plus pour le sang, qui est toujours apte à être absorbé par les chylifères, et c'est ce qui a donné l'idée à plusieurs médecins américains de faire des injections de sang dans le rectum dans les cas si nombreux où l'alimentation par les premières voies est impossible. L'analyse des extraits de viande de Liebig, de Montevideo et autres leur a démontré que ces substances ne sont plus des agents nutritifs, mais des stimulants nerveux, tels que le café, le thé et les alcools ; la chaleur a rendu le jus de viande impropre à la déjection rectale.

Le sang, au contraire, paraît réunir toutes les qualités nécessaires à cette digestion ; il faut qu'il soit préparé comme pour la transfusion ; il faut qu'il soit défibriné : si on pouvait toujours se procurer du sang frais, la préparation en resterait là ; mais ce n'est pas le cas, et il appartient donc au pharmacien de nous livrer un produit assimilable.

L'opinion du docteur Stewart est que le sang entre dans le système circulatoire sans grands changements chimiques, les expériences du docteur Smith ont prouvé que les malades s'en trouvaient fort bien.

Les animaux dont on prendra le sang doivent être sains ; une bête surchauffée ou fatiguée par une longue marche devra être écartée, l'animal sera saigné jusqu'à ce qu'il meure ; le sang obtenu, il faut ne pas le laisser exposé à l'air ou à une chaleur trop forte ; l'albumine a coagulé à 160 degrés F. ; on ne dépassera pas 10 degrés F. en desséchant

le sang, et cette préparation sera faite avec le plus de rapidité possible, sans agiter le liquide. Le sang desséché dans ces conditions est complètement soluble dans l'eau à toutes températures au-dessous de 160 degrés F. et contient tous les éléments du sang, sauf l'eau et les pilures. L'absence de ce dernier élément ne paraît pas entraver ses propriétés nutritives. Une drachme de ce sang sec représente une once de sang fluide de bonne qualité.

Les conclusions auxquelles, après un mûr examen, est arrivé l'auteur sont absolument favorables à cette alimentation ; il mentionne quelques cas de constipation survenue au bout du troisième jour ou du quatrième jour, constipation qui n'est guère persistante cependant ; enfin le procédé n'offre aucun danger pour le malade et ne peut que le fortifier et le nourrir jusqu'à ce que l'estomac ait pu reprendre ses fonctions. (*The Therapeutic Gazette*, sept. 1880 et *Journal de Thérap.*, 10 nov. 1880, p. 832.)

Des hernies périnéales,

Du Dr WOLFF, Strasbourg, Flschbach, 1880.

Il n'existe guère qu'une vingtaine de cas d'observations de hernies périnéales, épars dans la littérature médicale de toutes les nations. C'est ce qui rend intéressant le cas observé par le Dr Wolff et très bien décrit par lui. Il s'agit d'une femme de 36 ans, bien réglée, qui a eu 4 enfants.

En 1877, cette femme, les jambes écartées, aidait son mari à charger une voiture de foin ; quelques jours après elle remarqua une petite tumeur près de la fesse gauche, un peu au-dessus de la ligne médiane ; elle grandit peu à peu et le médecin ordonna des pommades et même un onguent un peu caustique. Cependant la tumeur grandit toujours sans porter préjudice à la santé.

Enfin elle se décida à venir à l'hôpital de Strasbourg où le Dr Wolff la vit. La tumeur, dans la station debout, descend

jusqu'au milieu de la cuisse ; elle a 26 centimètres de long, 34 centimètres de diamètre à sa racine, 45 centimètres à son extrémité. Cette tumeur, qui est élastique, se laisse parfaitement refouler et disparaît alors dans le bassin avec ou sans gargouillement ; on peut introduire 4 doigts dans le passage, dont l'ouverture, de 8 à 9 centimètres de long, est parallèle à la ligne médiane, mais distante d'elle de 2 centimètres entre le tubercule ischiatique d'un côté, et l'anus et le vagin de l'autre.

Le toucher ne donne aucune anomalie de l'utérus, les règles sont normales ; la vessie n'est pas déviée.

On donne à la malade un bandage en cuir ; mais un an après la hernie avait doublé ; elle pend jusqu'au genou, et a une longueur de 59 centimètres à l'extrémité et un diamètre de 71 centimètres.

Après avoir cité les quelques cas de hernies périnéales relatés dans la science, dont l'un, emprunté à Scarpa, se termina par la mort du malade, le Dr Wolff établit la statistique suivante : sur 22 malades, 11 étaient des femmes, 8 des hommes ; dans trois cas on n'a pas indiqué le sexe du malade. Sur les 10 hernies où l'on a cité le côté affecté, nous trouvons 6 hernies droites et 4 gauches ; 18 fois sur 22 ce sont les intestins qui remplissaient la hernie, 4 fois c'était la vessie. Puis il examine l'anatomie, l'étiologie et le diagnostic de la hernie périnéale.

Quant à la thérapeutique, elle n'est impuissante en tant que préventive ; une fois la hernie établie il faut la contenir au moyen d'appareils appropriés ; si la hernie est postérieure le taxis suffira ; si elle est antérieure, il faut coucher le malade sur un lit, les jambes posées à terre et la bouche ouverte : la main gauche saisira le fond de la hernie et la droite essayera de refouler l'intestin dans la cavité du bassin.

Si la hernie est ancienne, si elle est étranglée, la seule ressource sera l'opération. Sabatier la croit très difficile ; Scarpa, au contraire, la dit facile. La vérité, suivant le Dr Wolff, est entre ces deux opinions. — (*Journal de Thérapeutique*) No 35 janvier 1881.

CLINIQUE INFANTILE

DU SPINA VENTOSA.

Leçon professée à l'hospice des Enfants assistés, par M. PARROT ; recueillie par M. le docteur HIPPOLYT MARTIN, et revue par le professeur.

I

Messieurs,

Il y avait le mois dernier, dans les salles de la clinique, un jeune enfant atteint de SPINA VENTOSA que je vous ai montré à diverses reprises. Après vous avoir rappelé son observation et vous avoir fait connaître celle de trois autres pensionnaires de cet hospice, atteints de la même affection, je me propose de vous entretenir de cette affection, que l'on a étudiée depuis longtemps, mais dont l'histoire présente encore plus d'un point obscur.

Obs. 1. — Albert M., né le 5 septembre 1878, est admis à l'infirmerie le 21 novembre 1879. Il est d'assez belle apparence et gras. L'index de la main droite, très déformé et fusiforme, est tuméfié, surtout au niveau de la seconde phalange, où il a 22^{mm} d'avant en arrière, et 21 transversalement. La peau y est d'un rouge violacé, épaissie, comme élastique, et latéralement ulcérée en deux points, par où l'on peut avec un stylet pénétrer dans la profondeur de la partie malade.

A la partie interne des deux premières phalanges du médius de la même main, on voit une petite tumeur cutanée de 8^{mm} de diamètre, un peu rosée et croûteuse à son centre. A la main gauche il y a des lésions semblables aux précédentes. La première phalange de l'index a 21^{mm} de diamètre. Les articulations sont libres. Le pouce, dans sa région palmaire, est tuméfié. Il a, d'avant en arrière 28^{mm}, tandis que le droit n'en a que 47. — Sur le dos de la main, en dehors, existe une tumeur très intimement unie à la peau. Elle a 25^{mm} de diamètre, et sa consistance est celle d'un lipôme. On en trouve d'autres, sur la jambe droite et la main droite. Au-dessus de l'articulation du genou et sur quelques autres points, on voit des cicatrices violacées avec induration profonde.

La joue droite, au-dessus de la paupière, la plante du pied droit et la partie interne du pied gauche, présentent de petites tumeurs analogues à celles du médius droit.

L'enfant est mis à l'usage d'une mixture iodée.

Le 8 décembre on constate à la base du poumon droit du souffle avec retentissement du cri. T. 40°, 2.

Le 9, la voix est éteinte. T. 39°, 6.

Le 10, éruption morbillieuse. T. 40°.

Le 12, érosions sur les amygdales. Les doigts malades sont notablement moins volumineux. T. 39°, 8.

La mort a lieu à 4 heures du soir.

L'autopsie n'a pu être faite complètement ; les mains seules ont été examinées.

Après avoir incisé la tumeur du dos de la main perpendiculairement à sa surface, on voit, au-dessous de la peau saine, une sorte de poche de couleur saumon clair, beaucoup plus épaisse dans sa région cutanée, où elle a plus de 1^{mm} d'épaisseur que dans la profondeur où elle semble se confondre avec, le tissu conjonctif voisin. Elle enveloppe une masse caséuse jaune-serin pâle, de consistance crémeuse.

La comparaison de la première phalange du pouce gauche qui est malade, avec celle au côté droit qui est saine ; donne les chiffres suivants :

	Gauche :	Droite :
Longueur.....	24 ^{mm}	22 ^{mm} .
Diamètre transverse.....	10 ^{mm} ,05.....	6 ^{mm} ,02.
Diamètre antéro-postérieur.....	10 ^{mm} ,05.....	05 ^{mm} .

Le tissu spongieux de la première phalange de l'index gauche n'est sain que dans une très petite étendue, au voisinage de l'extrémité supérieure. Dans les autres points, on y voit une substance caséuse jaune-serin. Quant au tissu compacte, il se décompose en deux couches l'une interne a 1,6^{mm} d'épaisseur et paraît saine ; l'autre, périphérique et manifestement constituée par un ostéophyte rosé a sur quelques points un millimètre et demi d'épaisseur, et près de l'extrémité inférieure est percée d'un orifice par lequel s'échappe la matière caséuse ramollie.

La deuxième phalange de l'indicateur droit est presque réduite à un gros séquestre, qu'entoure un périoste très altéré.

Obs. II. — Catherine R..., âgée d'un an, vient de perdre sa mère. Elle est admise à l'infirmerie le 26 mai 1878. Sa peau est décolorée ; l'abdomen, au voisinage du pubis, sur les fesses et à la partie supérieure des cuisses, en dedans et en arrière, on voit de nombreuses cicatrices légèrement déprimées en cupule, à centre blanc un peu moiré et à périphérie brunâtre ou violacée, stigmates incontestables d'une manifestation cutanée de la syphilis héréditaire, aussi bien que la pagiocéphalie droite et les ostéophytes qui existent sur le frontal et le périétal gauches.

Dans les deux poumons, en arrière, on perçoit un souffle intense aux deux temps de la respiration. T. R. 37°, 8.

28. mai. — La pâleur est extrême et les lèvres sont violacées ; le souffle tubaire est intense ; les régions où on le perçoit sont mates. T. R. 8°.

30 mai. — Le souffle est beaucoup plus étendu à gauche qu'à droite. En arrière et aux bases il y a du frottement pleural. T. 40°.

La mort a lieu à 5 heure du soir.

L'autopsie est faite le 1er juin.

A la partie interne de l'hémisphère cérébral droit, au niveau du lobe carré, on trouve un tubercule d'un centimètre de diamètre. Un autre plus petit s'est développé dans le lobule orbitaire. Un troisième occupe la partie moyenne de la circonvolution pariétale ascendante gauche, son contour est complètement entouré par la substance grise qui ne paraît pas sensiblement altérée.

D'anciennes adhérences unissent sur quelques points le poumon droit à la plèvre costale.

Il y a en outre de la pleurésie récente et des noyaux de bronchopneumonie. A la base du lobe inférieur est une cavité d'un centimètre de diamètre, circonscrite par un tissu scléreux. Quelques granulations tuberculeuses sont disséminées dans le lobe moyen et la partie antérieure du lobe

supérieur. Le tissu qui les entoure est emphysémateux. Les mêmes lésions existent à gauche, mais dans des proportions différentes : la broncho-pneumonie affecte le lobe chyme, on voit du pus s'échapper des orifices bronchiques. Dans le lobe supérieur, il y a des amas de granulations tuberculeuses. — A droite, les ganglions bronchiques sont très malades et très tuméfiés. Leur tissu est caséeux et jaune, ou bien violacé, avec des taches grisâtres. A la bifurcation de la trachée se trouve une masse ganglionnaire de 3 centimètres de haut sur 15 millimètres de large.

Le foie, la rate et les ganglions mésentériques, sont parsemés de granulations tuberculeuses. Le cubitus gauche présente une lésion mise en évidence par une coupe longitudinale et antéro-postérieure. Sa moitié supérieure, tuméfiée et comme boursoufflée, est entourée d'une couche ostéophytique qui a 5 millimètres d'épaisseur en avant et 3 en arrière, et dont les trabécules sont perpendiculaires à l'axe de la diaphyse. Au centre du tissu spongieux, non loin du cartilage, est une masse caséuse jaunâtre circonscrite par une zone de tissu gélatiniforme.

Voici en regard les unes des autres les dimensions des deux cubitus :

	Cubitus droit sain,	Cubitus gauche altéré.
Longueur.....	96	97
Diamètre antéro-postérieur, immédiatement au-dessous de l'apophyse coronoïde.....	13	17
Diamètre transverse, au même point.....	10	15

Le péroné droit, un peu au-dessous de sa région moyenne, présente une flexion à concavité externe et un ostéophyte dont l'épaisseur est de 3 millimètres.

Les côtes au lieu d'élection et les os longs des membres sont atteints de l'altération chondro-fongosité, caractéristique du rachitis.

Obs. III. (1).—Auguste P..., âgé de 1 an, entre le 1er juillet 1873 à l'infirmerie de l'hospice des Enfants Assistés. Il est d'apparence chétive et ses téguments sont décolorés.

Sur la joue gauche il y a une cicatrice de la largeur d'une pièce d'un franc, violacée, sillonnée de lignes blanches et présentant plusieurs petits pertuis, d'où s'échappe une matière séro-purulente.

A la face dorsale de la main droite, on constate au niveau du deuxième métacarpien une petite tumeur arrondie, saillante, violacée à sa base, ulcérée à son sommet et recouverte d'une croûte. La première phalange du médius est notablement tuméfiée ; les deux autres ont leur apparence normale ; l'articulation métacarpo-phalangienne paraît saine. A la partie externe de la phalange malade se trouve un orifice fistuleux avec des végétations fongueuses.

A un centimètre de l'articulation du coude, la face interne du cubitus est tuméfiée et semble adhérer à la peau.

A la région dorsale du pied, à un 1 cent 1/2 des troisième et quatrième articulations métacarpo-phalangiennes, existent de larges orifices fistuleux. En y introduisant un stylet, on constate que les os sont altérés.

La mort a eu lieu le 15 juillet, à deux heures du matin, après des convulsions qui ont duré plusieurs heures.

L'autopsie a été faite neuf heures après la mort.

Les deux poumons et l'intestin sont atteints de tuberculisation et la muqueuse intestinale est profondément altérée. Les ganglions du cou sont caséux.

Le cubitus gauche, au niveau de son tiers moyen, présente sur une hauteur de 3 centimètres une tuméfaction fusiforme, à surface rugueuse et de teinte rosée. Le périoste qui la couvre est épaissi ; après l'avoir enlevé, on voit un grand nombre de pertuis ; le plus large est circulaire et a 4 millimètres de diamètre.

(1) Je ne donne ici que le résumé de cette observation, qui a été publiée dans les BULLETINS DE LA SOC. ANAT., 5e série, t. XVIII et dans la thèse de M. Goetz, Paris, 1877.

Une coupe faite suivant le grand axe de la diaphyse montre qu'elle est très amincie dans les points qui correspondent à la lésion extérieure, et que la cavité qu'elle circonscrit contient un tissu jaunâtre ou ambré, tout à fait semblable à celui que j'ai qualifié de gélatiniforme en étudiant les lésions osseuses de la syphilis héréditaire : çà et là il est parsemé de taches opaques et pénètre dans les orifices dont est criblée la diaphyse.

Le cubitus droit, dans sa moitié inférieure, présente, mais à un degré plus avancé, la même altération. Sur une hauteur de près de 2 centimètres environ, il a une forme olivaire, il est rouge et l'on y voit de nombreux orifices, dont l'un, situé en dedans, a 2 millimètres de diamètre et semble taillé à l'emporte-pièce. La lame diaphysaire est si mince que la plus légère pression suffit à la déprimer. — Après macération on constate aisément qu'elle n'a pas la même structure qu'au niveau des parties saines, mais qu'elle est beaucoup plus poreuse, et que ses trabécules sont perpendiculaires à l'axe de la diaphyse ; en un mot, qu'il s'agit là d'une production ostéophytique d'origine périostique. Ce n'est que sur la coupe que l'on peut constater ces particularités, car à la périphérie la transition est insensible entre la partie saine et celle qui est malade ; cette dernière étant un peu plus poreuse, voilà tout. En dedans, au contraire, la lésion est beaucoup plus apparente. Sur une hauteur assez considérable le côté sain a été détruit et la cavité intra-diaphysaire qui contient de la matière caséuse au centre du tissu gélatiniforme à la périphérie, où il forme une couche très mince, est limitée par la lamelle ostéophytique.

Le deuxième métacarpien de la main droite est très épais. Il a 12 millimètres de diamètre, celui de l'autre côté n'en ayant que 5. Sur sa face dorsale est un large orifice qui donne accès dans une cavité à paroi rugueuse et remplie par une substance gélatiniforme. Son augmentation de volume est due à des couches osseuses de nouvelle formation.

La première phalange, beaucoup plus altérée, est divisée en deux fragments.

Le troisième métatarsien gauche présente une lésion qui rappelle celle du cubitus, mais il est beaucoup plus malade. En bas et en arrière, un orifice ovalaire donne issue à une matière ambrée. En avant et en haut, l'os est complètement détruit sur une hauteur de près d'un centimètre. A sa place on trouve au centre un détritit caséeux et sur quelques points de la périphérie un tissu gélatiniforme.

Obs. IV, — Esther Ch., née le 17 mai 1872, est admise à l'infirmerie le 7 juillet 1873.

La peau du crâne de la région postérieure du cou et des oreilles, est excoriée, suintante et couverte de croûtes impétigineuses. Sur le dos, il y a de nombreuses pustules à base violacée et quelques cicatrices : le membre supérieur gauche est peu mobile. Au niveau du pli du coude, il a 14 centimètres de tour, tandis que le droit n'en a que 12.

Sur la face dorsale de la main, à l'extrémité antérieure du second métacarpien, qui est augmenté de volume, il y a un orifice fistuleux, avec épaissement de la peau. Le cinquième métacarpien droit est tuméfié, et dans le tégument existe une petite tumeur qui a la grosseur d'un pois et la consistance d'un kyste dont la poche serait moyennement distendue. Les ganglions axillaires gauches sont tuméfiés.

L'enfant n'a pas de dents et pèse 6 kilogr. 180 gr. ; on lui donne du sirop d'iodure de fer. Elle meurt de broncho-pneumonie le 23 juillet.

AUTOPSIE le 24. — Au milieu de la région sphénoïdale de l'hémisphère cérébral gauche, il y a un noyau tuberculeux de 607 millimètres de diamètre.

Le sommet du poumon gauche, au centre d'un tissu scléreux, est creusé d'une caverne. Le reste du parenchyme est souple, aéré et contient de nombreuses granulations grises et des noyaux jaunes dont quelques-uns sont plâtreux : un des ganglions de la racine des bronches reproduit cette dernière altération. De nombreux tractus cellulux relie ce poumon à la plèvre pariétale. A gauche, les ganglions de l'aisselle sont plus volumineux que ceux de droite, et au centre

de l'un d'eux est une petite masse caséuse. A la région antérieure de l'articulation du coude, les parties molles et les ligaments sont rouges. L'extrémité supérieure du radius, très mobile, a perdu ses rapports habituels avec l'humérus et le cubitus: elle se trouve dans une situation tout à la fois antérieure et externe par rapport à celle qu'elle occupe normalement. La synoviale est fongueuse et très vascularisée. Le cartilage de l'humérus a perdu son élasticité; il a une teinte ambrée, est érodé sur un grand nombre de points, décollé sur d'autres et tout à fait usé au niveau de la trochlée.

La surface articulaire du cubitus est très anormalement détendue. L'olécrâne seul est couvert d'une couche de cartilage altéré comme celui de l'humérus. La partie voisine de la diaphyse, sur une hauteur de 3 centimètres en arrière et de 15 millimètres en avant, est rouge, rugueuse et couverte de trous, d'autant plus larges qu'ils sont plus rapprochés de l'olécrâne.

Une coupe antéro-postérieure faite suivant le grand axe de l'os montre qu'il est très altéré dans son tiers supérieur. A la périphérie il y a des couches ostéophytiques surperposées, épaisses sur quelques points de plus de six millimètres, séparées les unes des autres par des rigoles remplies de moelle et dont les lamelles les plus anciennes sont partiellement détruites. Au centre, près de la surface articulaire, il y a des fongosités qui se confondent sur quelques points avec un tissu gélatiniforme assez abondant, au milieu duquel on voit des séquestres très rugueux et d'un jaune maïs. Ça et là il y a aussi des amas de matière caséuse.

Le cinquième métacarpien droit a 22 millimètres de long et 9 millimètres de large. Sur une coupe longitudinale, il est aisé de voir que son épaississement est dû à une couche ostéophytique qui enveloppe complètement une mince lamelle, reste de la diaphyse. A l'exception d'un point très limité, situé près de l'extrémité antérieure, le tissu spongieux, dans toute son étendue, est converti en une matière gélatiniforme parsemée de petites masses opaques. A la face dorsale des

perforations laissent arriver le tissu gélatiniforme au contact du périoste. Le deuxième métacarpien gauche a 13 millimètres de large, tandis que le troisième n'en a que 5. Il est creusé d'une vaste cavité tapissée par du tissu gélatiniforme et renfermant un séquestre très volumineux, léger et poreux, qui paraît être constitué par les deux tiers environ de l'os primitif, la coque actuelle étant constituée par un tissu de nouvelle formation qui, sur quelques points, a plusieurs millimètres d'épaisseur.

L'intérêt de ces quatre observations ne peut vous échapper. Elles sont concordantes sur tous les points essentiels, aussi vais-je leur emprunter presque tous les éléments de l'étude d'ensemble que je vais maintenant vous présenter.

SPINA VENTOSA est un terme très ancien ; il paraît remonter aux Arabes qui ont décrit sous le nom de *Rihk alschukah* un mal que leurs commentateurs ont traduit par les expressions latines de *ventum spineum*, *spinæ ventositas*, *spina ventosa*, etc. — Quel est le sens de cette vieille dénomination ? Par le mot *spina*, épine, les Arabes semblent avoir voulu désigner un mal très douloureux, et la qualification de *ventosa* se rapporte probablement à la distension, à la tuméfaction qui étaient attribuées à un souffle malin.

Rien n'est moins précis que cette définition, puisqu'elle peut s'appliquer à toute affection douloureuse d'un os, avec augmentation de son volume. Or, le nombre de celles qui remplissent ces deux conditions est considérable ; et l'on a qualifié de la sorte les maladies osseuses les plus diverses ; par exemple : le chondrôme, le sarcôme, la carie, la nécrose et bien d'autres encore.

Cette confusion a été faite surtout par les pathologistes anciens ; car Boyer, qui a laissé de la lésion une bonne description anatomique, attribuait déjà au *spina ventosa* un sens beaucoup plus restreint : c'est, dit-il, une affection des os cylindriques, dans laquelle les parois du canal médullaire subissent une distension lente, successive, quelquefois énorme, en même temps qu'elles sont considérablement amincies et même percées en plusieurs points.

Nélaton, qui, l'un des premiers, a fait connaître la tuberculisation des os, et qui en a si bien décrit certaines formes, attribuait invariablement à la tuberculose toute lésion osseuse caractérisée par la présence de la matière caséuse ; aussi ayant retrouvé ce mode particulier de dégénération dans le *spina ventosa*, il rapporta ce mal à des tubercules enkystés.

M. Goetz (Thèse de Paris, 1877), dans une bonne monographie qui peut être considérée comme représentant l'opinion régnante sur cette affection, cite Boyer, Bérard, Nélaton, Volkmann, et la définit : " Une maladie propre aux enfants plus ou moins entachés de scrofule, se manifestant presque exclusivement sur les os longs du pied et de la main, et caractérisée par une intumescence à marche lente et sans douleur, ne portant que sur la diaphyse de ces os. "

C'est avec raison que M. Goetz, dans sa définition, ne parle pas de la douleur ; nous verrons, en effet, que l'un des principaux caractères du *spina ventosa* est d'être indolore pendant toute la durée de son évolution.

Me réservant de définir le mal, quand je vous l'aurai fait connaître cliniquement et au point de vue de l'anatomie pathologique, je vais entrer immédiatement dans sa description.

SYMPTOMES. — Les mains et les pieds sont le siège habituel de l'affection (32 fois sur 35), mais on peut l'observer ailleurs : je l'ai rencontrée deux fois sur le cubitus, et Volkmann signale la même localisation.

Au pied, le premier métatarsien est habituellement atteint ; à la main, le mal frappe surtout les phalanges : d'abord la première, puis la phalangine. La phalangette est presque toujours intacte. D'après les auteurs, le doigt le plus souvent affecté est le médius. — Chez Albert M..., c'était l'indicateur, au niveau de la première phalange à droite, et de la deuxième à gauche.

L'affection reste absolument latente pendant un temps dont on ne peut fixer les limites, mais qui probablement est toujours assez long ; puis elle devient appréciable, entrant ainsi

dans sa phase véritablement clinique que je diviserai avec M. Goetz en deux périodes : celle de la tuméfaction simple et celle de l'ulcération.

Durant la première, le doigt est volumineux et de forme variable. Dans un cas que j'ai observé, il était conique et ressemblait à une petite bouteille : dans d'autres, on signale sa ressemblance avec un radis, avec un fuseau, etc. On a dit que chez quelques sujets il était allongé. Cela est assez difficile à expliquer, et peut-être cet allongement n'est-il qu'apparent.

Tôt ou tard, la peau devient rouge, tendue, violacée, et l'on perçoit de la fluctuation en un point qui s'ulcère, mettant à découvert un trajet fistuleux. Les ulcérations siègent presque toujours aux faces dorsale et latérale du doigt, très rarement à la face palmaire, ce qui paraît dû simplement à la moindre résistance du tégument dans les deux premières régions.

Déjà, à la période précédente, on avait pu deviner l'altération de l'os à l'accroissement de son volume et à une dureté toute particulière. Après la destruction de la peau, on peut avec un stylet arriver jusqu'à lui, et même pénétrer dans l'intérieur de la diaphyse ; et l'on a dès lors la preuve qu'il est le point de départ de l'affection.

Par l'orifice fistuleux s'écoule une sérosité sanguinolente. Toutefois la plaie n'exhale pas cette odeur fétide que l'on observe dans la carie osseuse ; et même à cette période avancée, elle n'est le siège d'aucune douleur. Il y a une certaine raideur articulaire, indépendante d'ailleurs, de toute lésion, mais il n'est pas rare de voir les petits malades se servir des doigts affectés.

La guérison est fréquente, surtout lorsque l'état général est bon ; l'os malade s'élimine peu à peu, puis les orifices fistuleux s'oblitérent et il se fait une cicatrice d'abord violette, puis blanche, déprimée, gaufrée, indélébile. Les doigts sont constamment déformés, presque toujours raccourcis par l'élimination d'une partie ou de la totalité d'une phalange. De plus, ils subissent un amoindrissement partiel de leur volu-

me par suite de la transformation fibreuse des parties molles correspondant au trajet fistuleux. Les articulations ne sont atteintes que très exceptionnellement, et après la guérison, il est très curieux de les voir fonctionner, même lorsque les os qui la forment, ou l'un d'eux, ont été presque complètement détruits.

DIAGNOSTIC. — Il est peu d'affections que l'on puisse confondre avec le spina ventosa. Je signalerai pourtant les engelures qui, vous le savez, atteignent habituellement les pieds et les mains, où elles déterminent d'abord de l'enflure, puis souvent des ulcérations. Aussi pourraient-elles devenir l'objet d'une méprise chez des enfants chétifs et scrofuleux ; mais elles déterminent, au début surtout, des douleurs très vives ; la peau n'est atteinte que superficiellement et la marche du mal est en général rapide.

Les chondrômes et les sarcômes ont été pendant longtemps considérés comme des variétés de spina ventosa. Aujourd'hui, cette confusion nosologique a cessé ; et cliniquement, elle est facile à éviter. Le chondrôme évolue très lentement, et lorsqu'un doigt en est atteint, il est déformé dans tous les sens par une série de petites tumeurs, mais le tégument reste intact à sa surface.

Le sarcôme des doigts est très rare chez l'enfant, et son évolution rapide, douloureuse, est tout à fait caractéristique.

Pour ce qui est de la carie, de la nécrose et des ostéites simples, il me semble inutile d'insister longuement sur leur diagnostic différentiel. La douleur, la fétidité, la marche rapide de la carie sont des caractères assez nettement tranchés pour que l'on puisse éviter la confusion. La nécrose est un accident fréquent dans l'évolution du spina ventosa ; nous n'avons donc pas à l'en distinguer. — Je ne m'attarderai pas non plus au diagnostic différentiel de la tumeur blanche qui débute toujours par les articulations, contrairement à ce qui a lieu pour l'affection qui nous occupe.

Enfin il est une malformation des doigts, qui, si l'on se

contentait d'un examen superficiel, pourrait, à cause de sa forme, être confondue avec elle. Je vous en présente un moulage, fait en 1879 sur un enfant nouveau-né de mon service. Dans ce cas, comme dans tous les autres, elle consiste en une tumeur située sur la face palmaire de l'indicateur, et qui, remarquez-le bien, est exclusivement formée de tissus mous, l'os étant invariablement sain. Elle est circonscrite à sa base par un sillon profond analogue à celui que produirait une ligature. Il en existe un semblable sur le médius, comme si ce doigt eût été comprimé par un anneau trop étroit. Parfois la cause qui a produit ici une simple rigole circulaire est assez puissante pour déterminer la section de la partie ; et l'on peut trouver, de ce fait, un ou plusieurs doigts réduits à l'état de moignons. Le mécanisme qui produit ces tumeurs et ces amputations digitales est encore fort mal connu, mais je n'ai pas à m'en occuper ici, n'ayant eu d'autre but en vous signalant ces faits, que de vous prémunir contre une erreur de diagnostic, d'ailleurs très facile à éviter.

L'anatomie pathologique est sans contredit le point dominant de notre sujet ; aussi lui consacrerai-je quelques développements.

Si, par exemple, il s'agit d'un doigt atteint de spina ventosa, on constate, d'une part, les lésions des parties molles, et, de l'autre, celles des os. La clinique nous a déjà conduit à cette notion ; de plus, elle nous a appris que les os sont malades les premiers.

Les tissus mous, qu'ils soient ulcérés ou non, présentent à toutes les époques de l'évolution morbide les caractères d'une inflammation subaiguë. Ils sont rouges, congestionnés, imbibés de lymphe coagulable, infiltrés de cellules lymphatiques et de corpuscules embryonnaires. Plus tard il s'y développe du tissu fibreux qui, par sa rétraction, détermine des cicatrices irrégulières et profondes. — Il est bien entendu que je laisse complètement de côté les petites tumeurs que l'on trouve disséminées sur les différentes parties du corps et qui contiennent une matière caséiforme dont la nature

tuberculeuse, comme l'a démontré M. Lannelongue, ne peut être mise en doute.

C'est l'os qui, primitivement et spécifiquement malade, mérite donc toute notre attention.

Le périoste est souvent très altéré. Dans tous les cas, il est épaissi, très congestionné, souvent décollé dans une étendue variable et emprisonné entre les tissus extérieurs lardacés et des couches osseuses de nouvelle formation. Le décollement se produit dans le temps que, par les orifices de l'os d'abord raréfié, puis perforé, s'échappent les produits pathologiques en état de régression. Le périoste est à son tour perforé, puis les parties molles sont atteintes et finalement le foyer morbide est mis en communication avec l'extérieur. C'est au centre de l'os proprement dit, dans sa moelle, que le mal prend naissance. Voici la représentation de l'une des phalanges d'Albert M... (Obs. I). Vous pourrez y constater la succession des lésions telles que je vais vous les décrire.

Rappelez vous que l'os normal se compose d'une diaphyse d'un canal médullaire et de tissu spongieux ; que le canal médullaire est très court chez les enfants.

La lésion du spina ventosa prend naissance, sans exception, dans la moelle du canal intra-diaphysaire ou dans celle du tissu spongieux. L'on n'en peut douter, lorsqu'on observe la lésion à son début. Pour la découvrir dans ces conditions, il ne faut pas se contenter d'examiner les os dont la clinique a révélé la souffrance, mais encore ceux du voisinage ou de l'autre membre. Une coupe pratiquée suivant le grand axe est le meilleur mode de préparation. Je ne saurais vous présenter une pièce plus démonstrative que le cubitus macéré et desséché de Catherine R (Obs. II). Toute l'évolution du spina ventosa s'y trouve écrite en gros caractères.

La section a été faite dans toute la longueur de la diaphyse et d'avant en arrière. Sur la pièce fraîche on voyait dans la moelle et dans les alvéoles du tissu spongieux de petites masses arrondies, grisâtres ou jaunes, et caséuses. Sous ces deux aspects, elles présentaient une grande analogie avec des gra-

nulations ou des noyaux tuberculeux. Il est très probable que cette lésion n'était pas isolée et qu'elle était accompagnée par cette atrophie de la moelle, si fréquente dans la syphilis héréditaire, où je l'ai qualifiée de *gélatiniforme*. Si je vous dis cela, c'est que d'une manière constante, autour de masses grises ou jaunes, on la trouve, dans des proportions diverses. Cela est très manifeste sur la phalange d'Albert M. (Obs. I). Pour vous faire comprendre en quoi elle consiste, je dois vous rappeler que la moelle osseuse des jeunes enfants, très peu riche en cellules adipeuses, est essentiellement constituée par des médullocèles qui sont plongés dans un réseau fibrillaire réticulé. Dans l'atrophie gélatiniforme, la graisse et les éléments lymphoïdes disparaissent complètement, et l'on ne trouve plus que la charpente fibrillaire, les vaisseaux et les nerfs, et çà et là des éléments fusiformes ; le tout baignant dans un liquide albuminoïde. C'est là que poussent les nodules grisâtres qui ne sont autre chose que des granulations tuberculeuses, s'accroissant à la périphérie, tandis que le centre devient caséux.

Après vous avoir fait connaître les lésions primitives et si l'on peut ainsi dire élémentaires de l'os, je dois chercher à vous expliquer comment il s'ensuit cette tuméfaction particulière avec amincissement de la diaphyse, cause de la qualification du *ventosa*, que lui ont imposée les premiers observateurs.

Le cubitus que je vous ai présenté comme un type vous permettra de bien comprendre les différentes phases de la déformation de l'os et cette boursoufflure apparente dont il est le siège.

La matière tuberculeuse, en s'étendant du centre vers la périphérie, finit par irriter la diaphyse et son enveloppe. — Tout est dans cette irritation du périoste. — N'oubliez pas, en effet, qu'il s'agit ici de jeunes sujets, dont les os, en voie de développement, s'accroissent en épaisseur, grâce au périoste. A l'état normal, celui-ci donne lentement naissance à de nouvelles couches osseuses, qui se confondent avec celles

précédemment formées, sous l'influence irritative qui part du trabécule, son activité formative devient beaucoup plus intense, plus rapide ; et il se fait des dépôts plus épais, plus abondants et d'une structure nouvelle. Leurs trabécules laissent entre elles de larges lacunes et, contrairement à ce qui a lieu pour le tissu normal, sont perpendiculaires à l'axe de la diaphyse. Ces couches morbides se superposent rapidement à la périphérie, pendant qu'à l'intérieur l'atrophie gélatiniforme accomplit son travail de destruction, usant, perforant d'abord les parties saines, pour s'attaquer ensuite à celles qui se sont déposées les dernières sous l'influence pathologique. Ainsi, tandis que l'os, dans sa région malade, s'accroît en diamètre et devient à ce niveau fusiforme, il s'évide à l'intérieur, où se creuse une cavité beaucoup plus considérable que la région occupée normalement par le tissu spongieux de la moelle. Tel est le mécanisme par lequel se développe la tuméfaction osseuse et l'amincissement de sa paroi. — Il ne s'agit donc pas, suivant l'idée primitive et qui règne encore aujourd'hui, d'une véritable boursouffure de la diaphyse, comparable à celle que l'on produit en soufflant dans un tube de verre ramolli par la chaleur, boursouffure d'ailleurs incompatible avec ce que l'on sait de l'anatomie et de la physiologie des os. Ce qui produit l'augmentation locale du volume de la diaphyse et l'apparence qui en résulte, c'est un travail simultané de production osseuse périphérique et de destruction excentrique — d'abord des tissus normaux, puis de ceux qui se sont développés sous l'influence morbide.

Dans le cours de l'affection, assez fréquemment des ilots du tissu spongieux et même de la diaphyse circonscrits par la substance gélatiniforme, sont détachés du reste de l'os constituant ainsi de véritables séquestres, que l'on trouve dans la matière caséuse. Ils ont parfois un volume considérable, et j'en ai vu qui égalaient les deux tiers de la phalange ou du métacarpien.

Je vous ai dit, en y insistant, que les articulations n'étaient presque jamais atteintes ; et après la guérison, même lorsqu'il

s'est fait des cicatrices profondes, on peut voir le mouvement articulaire s'accomplir entre deux os, dont l'un est resté intact, tandis que l'autre n'a plus que quelques millimètres de long. J'ai récemment observé un enfant dans de semblables conditions. Une des premières phalanges de la main gauche avait été détruite dans toute sa région moyenne, et il ne restait plus du côté de la phalange, qu'un fragment osseux dont j'ai estimé la longueur à deux millimètres. Il était attaché au supérieur par une véritable soudure ; mais le doigt était notablement raccourci. Toutefois les couches chondrocalcaire et chondroïde des extrémités diaphysaires ne constituent pas pour le mal une barrière infranchissable ; et vous avez vu que chez Esther Ch. (obs. 4) l'affection du cubitus s'était propagée à l'articulation du coude. Dans ces cas, le cartilage jaunit, perd son élasticité, est envahi par l'atrophie gélatiniforme, se fond, se décolle, la matière caséuse pénètre dans la cavité articulaire, qui devient le siège d'une inflammation chronique ; et l'on se trouve alors en présence d'une affection simulant la tumeur blanche.

Les perforations osseuses que je vous ai signalées, et dont je vous ai montré des spécimens sur des pièces sèches, résultent de l'inégale épaisseur de la coque osseuse et aussi de ce que, sur certains points, le travail de destruction l'emporte sur celui de réparation sous-périostique. Lorsque les fongosités intra-osseuses se sont ainsi frayé un passage, le périoste est atteint et se perfore ; puis, à leur tour, les parties molles s'enflamment et il se forme des abcès qui s'ouvrent à l'extérieur, laissant à leur suite des plaies et des trajets fistuleux dont la guérison ne peut avoir lieu qu'après celle de l'affection osseuse.

Je vous ai dit que le mal était de nature tuberculeuse ; c'est que les nodules grisâtres, qui sont le point de départ de tous les accidents, sont identiques aux granulations tuberculeuses du poumon et des autres viscères. On y trouve, en effet, tous les éléments constitutifs de ces dernières. Petites cellules rondes, tassées les unes contre les autres, cellules

géantes et épithélioïdes. D'ailleurs, je vous l'ai dit, cette origine tuberculeuse du spina ventosa avait été admise par Nélaton. Mais depuis cette opinion si juste a été rejetée par la plupart de ceux qui se sont occupés du sujet, et M. Coetz, par exemple, en fait une médullite chronique, coïncidant très fréquemment avec la tuberculose viscérale.

Dans tous les cas qu'il m'a été donné d'étudier j'ai toujours constaté une tuberculisation organique d'ordinaire très étendue. Parmi ces lésions, les ulcères du poumon et de l'intestin m'ont particulièrement frappé ; et je me suis demandé s'il s'agissait là d'une simple coïncidence, et si ces lésions n'avaient pas quelque influence sur celles du système osseux.

Certains auteurs ont considéré la syphilis comme pouvant engendrer le spina ventosa. En affirmant qu'il était toujours d'origine tuberculeuse, j'ai répondu à cette manière de voir. Ce qui est vrai, c'est qu'il peut coïncider avec la syphilis héréditaire et évoluer chez des enfants portant les marques incontestables de cette maladie, vous l'avez vu dans le cas de Catherine R. (Obs. II). Cette enfant avait une syphilide cutanée, et son crâne présente des ostéophytes caractéristiques.

Lorsque vous vous trouverez en face d'un malade atteint de spina ventosa, c'est de combattre la diathèse, à laquelle il est en proie que vous vous efforcerez, et s'il existe des plaies, vous les traiterez de manière à faciliter l'expulsion des produits morbides et des séquestres, et à rendre les cicatrices aussi peu difformes que possible.

BIBLIOGRAPHIE

De la rétroflexion de l'utérus chez les femmes récemment accouchées,

PAR le Dr A THÉVENOT (LACWEREYNS.)

Ce travail, dont nous voulons donner ici un court aperçu, est non seulement intéressant, mais encore pratiquement

utile. L'auteur passe en revue les différents mécanismes par lesquels se produit la *rétroflexion* chez les femmes en général et chez les femmes récemment accouchées en particulier.

C'est à la distension de la vessie par l'urine accumulée, que l'on est surtout habitué d'attribuer l'origine de la *rétroflexion* chez les accouchées.

Ce mode de production de l'infirmité étant en effet extrêmement fréquent, n'est pas cependant unique. Il suffit quelquefois que la femme se lève trop tôt, qu'elle fasse un effort, etc., pour que l'*utérus* qui n'est plus maintenu que par des attaches distendues et relâchées, s'infléchisse en arrière. Si la *rétroflexion* n'est produite que par l'accumulation de l'urine dans la vessie, il suffit de vider cette dernière pour que l'organe dévié reprenne sa position normale. Il n'en est pas de même si l'infirmité s'est produite par suite d'un effort de la malade, effort auquel les attaches utérines distendues n'ont pas eu la force de résister, et il faut alors avoir recours à d'autres procédés.

M. Thévenot cite une observation très intéressante d'une *rétroflexion* de cette dernière provenance.

Il fut appelé auprès d'une jeune femme dix-sept jours après l'accouchement. Il trouva la malade dans un état déplorable.

“ La face est pâle, dit l'auteur, les traits tirés et fatigués, le pouls à 90. Dans la région de l'hypogastre et des aines vive sensibilité à la pression, cependant le ventre est plat et se laisse déprimer ; par le palper on ne sent pas le fond de l'*utérus*.

“ Par le toucher vaginal on arrive sur le col, qui est immobilisé, un peu porté en avant, mais non accolé au pubis ; il est reformé et son orifice déchiré admet l'extrémité du doigt. En arrière toute l'excavation est remplie par une tumeur du volume d'une orange, dont la partie la plus déclive dépasse le *museau de tanche*.—Elle est séparée du col par un sillon dans lequel le doigt pénétrerait facilement, sans l'extrême sensibilité dont elle est le siège. Cette masse donne la sensation

d'empatement et de l'œdème. Par le toucher rectal on limite mieux la forme globulaire et on apprécie plus exactement le volume de la tumeur."

Ayant diagnostiqué une rétroflexion M. Thévenot tente la réduction.

Il introduit l'index dans le *rectum* et repousse la tumeur en haut et en arrière; après quelques secondes de pression modérée, la masse cède brusquement et l'excavation reste vide.

On sent, dit l'auteur, la face postérieure du col, redevenu mobile, se continuer avec le corps; par l'exploration bi-manuelle on limite bien l'*utérus* dont le fond dépasse le pubis de deux travers de doigt. La réduction faite, une détente se produit; les douleurs du bas-ventre, des reins, la tension et le ténésme rectal cessent immédiatement.

Au bout de peu de temps, après la petite opération, la malade s'est rétablie complètement, et il n'y a eu rien de particulier à noter.

Il ressort clairement de l'observation que cette fois-ci, il serait impossible de chercher la cause de la rétroflexion dans la distension vésicale. Du reste la malade raconta qu'ayant accouché chez une sage-femme, cette dernière la fit lever le troisième jour pour faire son lit. Or, en voulant s'asseoir sur un fauteuil, la malade éprouva une douleur très vive, qui s'irradia dans le bas-ventre, les aines, les reins.—Depuis ce moment jusqu'à l'arrivée du docteur, c'est-à-dire jusqu'au dix-huitième jour, des douleurs très vives, le ténésme rectal, etc., ne faisaient que s'accroître.

Il est donc évident que l'on avait affaire à une rétroflexion provenant d'un effort, et ce qui rend cette observation d'autant plus intéressante, c'est que l'accident est survenu d'une manière aussi soudaine qu'aiguë. Ce cas est assez rare, et pour la plupart la flexion ne se produit que graduellement chez les femmes nouvellement accouchées qui se lèvent trop tôt et qui se livrent au travail.

L'auteur ne manque pas de tirer des conclusions pratiques

et essentiellement cliniques de cette observation. Ainsi il recommande entre autres de ne pas laisser se lever aux accouchées avant de s'être assuré par l'exploration bi-manuelle, non seulement que l'involution est suffisante mais encore que l'axe utérin a sa direction normale, etc.

Ne pouvant pas ici entrer dans tous les détails, nous nous bornerons à l'aperçu succinct que nous avons donné en engageant nos lecteurs de prendre connaissance de ce travail consciencieux et utile. — *Journal de Thérapeutique*, 10 fév. 1881.

Du traitement de la pustule maligne.

Par le professeur VERNEUIL, membre de l'Académie de médecine.

Depuis plusieurs mois on s'est souvent occupé des maladies charbonneuses, et aujourd'hui même on s'en occupe encore. Les recherches ont surtout porté sur la nature, les origines, la transmission et la propagation du mal, mais le côté thérapeutique n'a pas été oublié, et vous vous rappelez les communications intéressantes faites par M. Davaine sur les applications de la méthode des injections hypodermiques à la cure de la pustule maligne.

C'est précisément du traitement de cette dernière affection que je veux parler aujourd'hui. On reproche volontiers aux débats académiques de ne servir qu'indirectement la pratique et de laisser aux médecins la peine d'extraire de nos discours ce qui peut leur être utile; il m'a semblé qu'on pouvait ici éviter l'accusation en formulant quelques propositions courtes et claires d'une application facile au lit des malades.

On ne trouvera dans ces propositions rien qui me soit propre, ni même rien de bien neuf; je veux seulement guider le praticien dans le choix à faire parmi les agents thérapeutiques anciens et nouveaux, et lui montrer surtout les indications à remplir et la manière d'y arriver.

Si l'on s'étonne de m'entendre invoquer mon expérience

sur une maladie relativement rare dans notre ville, je répondrai que mes premières observations datent de 1845, alors que j'étais interne de Lisfranc, que depuis j'ai recueilli des notes sur tout ce que j'ai vu, en province et à Paris, et qu'enfin, revenu depuis quelques années à l'hôpital de la Pitié, où plus souvent qu'en aucun autre sont reçus les charbonneux, j'ai pu me faire des opinions arrêtées sur le sujet en question.

Si l'on jette d'abord un coup d'œil sur le traitement de la pustule maligne, tel qu'il est exposé dans nos livres classiques et en particulier dans le *compendium de chirurgie*, on constate que de toutes les méthodes proposées une seule est à peu près unanimement acceptée; je veux parler de la destruction de la pustule maligne elle-même. C'est pour la plupart des chirurgiens l'acte essentiel, l'alpha et l'oméga de la thérapeutique; on ne signale qu'en passant et sans paraître y ajouter grande importance quelques moyens accessoires, qui sont d'ailleurs généralement insignifiants, quand ils ne sont pas nuisibles. A la vérité, les procédés de destruction sont très variés et chacun préconise le sien. On a successivement recommandé : la cautérisation potentielle avec divers caustiques, sublimé, pâte de Vienne, potasse caustique, acide sulfurique, etc.; la cautérisation potentielle avec le fer rouge, et plus récemment avec le thermocautère; la cautérisation a été favorisée par les scarifications, la résection, l'excision de l'eschare; on a enfin pratiqué l'extirpation de la pustule avec le bistouri porté dans le mort, dans le vif, ou à la limite du mort et du vif; souvent la plaie est touchée ensuite au fer rouge.

Dans ces dernières années, on a proposé et mis en usage un tout autre moyen, dans le but avéré d'atteindre le mal en dehors de sa localisation première et de le poursuivre même dans le torrent circulatoire. Je fais allusion aux injections hypodermiques faites avec des liquides antiseptiques capables de détruire le virus charbonneux dans le tissu conjonctif et dans le sang lui-même. MM. Cézard, Raimbert, Davaine, Chipault et quelques autres encore ont publié des obser-

ventions cliniques ou des récits d'expériences qui ont mis en lumière la valeur de cette méthode, valeur d'autant plus grande que le moyen est applicable encore dans les cas les plus graves, et quand tout semble perdu.

On comprend sans peine que les praticiens se soient empressés d'expérimenter l'innovation. Les uns l'ont employée seule, les autres l'ont associée aux anciens moyens, avant ou après la destruction de la pustule. On a essayé divers agents : l'acide phénique, l'iode ; on a injecté des solutions plus ou moins concentrées ; souvent on a réussi, parfois on a échoué. Dans l'état actuel, il serait difficile de dresser exactement le bilan des injections hypodermiques, de fixer avec assurance la part qu'elles ont prise dans certains succès, et surtout de dire si elles peuvent et doivent réussir seules et sans le concours des moyens destructeurs. Ainsi, je m'imagine qu'il doit en résulter en pratique un certain embarras et quelque indécision.

Frappé depuis longtemps des imperfections du traitement ancien de la pustule maligne, et surtout de l'insuffisance des moyens opposés à la propagation périphérique du mal, à sa généralisation et à l'infection de l'économie, j'acceptai sur-le-champ les injections antiseptiques, et en 1879, je les associai à la cautérisation destructive de la pustule. J'avais mis en usage l'acide phénique au cinquième, mon malade guérit ; mais le cas n'était pas bien grave, et je ne le publiai point. A cette époque d'ailleurs, M. Davenne ne nous avait pas fait connaître ses recherches précises sur les propriétés anticharbonneuses de l'iode. Depuis, les résultats annoncés par notre éminent collègue ont été si remarquables, les dernières observations de M. Chipault se sont également montrées si concluantes, que je promis bien de mettre le tout à profit.

Il me fallut attendre la fin de décembre 1880, non pour agir moi-même, mais simplement pour donner un conseil, qui fut d'ailleurs suivi avec succès.

Un matin, au moment où je quittais l'hôpital de la Pitié, un de mes élèves me remit un télégramme qu'il venait de recevoir et qui était ainsi conçu :

“ Landivisiau à Paris.

“ Docteur Lecomte à Gauchas, interne, Pitié.

“ Pustule maligne, enlevée bistouri, cautérisée deux fois fer rouge, envahissante, gonflement considérable avant-bras. Demandez Verneuil si amputation nécessaire, date plusieurs jours, pouls 120, vomissements.”

Je fis répondre aussitôt :

“ Docteur Lecomte, Landivisiau.

“ Verneuil opposé à amputation, conseille faire autour de pustule cautérisations ponctuées profondes au fer rouge; dans zone œdématisée injections sous-cutanées de 5 en 5 centimètres avec solution teinture d'iode à 1 pour 100.”

Je ne possède pas de détails sur ce qui fut fait; toujours est-il que les internes de la Pitié, moins de quinze jours plus tard, célébraient à déjeuner l'heureuse guérison du patient.

Je fus très heureux d'un pareil résultat, et je conclus que le moyen était puissant pour avoir réussi, malgré la concision extrême avec laquelle il avait été formulé.

On voit dans cette observation, dont j'espère d'ailleurs avoir bientôt le texte, que les moyens locaux les plus puissants avaient échoué, que la vie était menacée ou au moins le membre, et que l'issue eût été probablement fatale, si de nouveaux agents n'étaient intervenus. A la vérité, j'en avais indiqué deux : les pointes de feu profondes et multipliées autour de la pustule, puis les injections hypodermiques à la teinture d'iode.

A quoi était dû le salut? Je ne saurois le dire; mais, en somme, on avait gagné la partie, et c'était l'essentiel.

Ceci me fit réfléchir encore au traitement de la pustule maligne et rechercher une combinaison dans laquelle on pourrait faire entrer simultanément tous les moyen ayant jusqu'ici fait preuve incontestable d'efficacité.

Voici quel fut le résultat de mes réflexions :

La pustule maligne, considérée au point de vue de l'anatomie pathologique, se compose, pour peu qu'elle remonte à plus de trente ou de quarante heures, de trois régions ou zones fort distinctes : 1^o au centre, l'eschare avec sa couronne de petites vésicules; 2^o immédiatement en dehors, une zone

plus ou moins large et épaisse, où le tégument et le tissu cellulaire sous-cutané semblent manifestement enflammés et indurés ; 3^o plus en dehors encore, une dernière zone d'une étendue illimitée où s'observe un gonflement œdémateux avec ou sans rougeur, avec ou sans sensibilité au toucher.

Or, à chacune de ces régions, il me semblait possible et utile d'appliquer un moyen spécial : à la zone mortifiée, la destruction radicale ; à la zone indurée suspecte et menacée d'une gangrène, la révulsion énergique ; à la zone d'œdème, la désinfection interstitielle.

Si l'on ajoutait à cela l'administration à l'intérieur d'un antiseptique reconnu actif contre le virus charbonneux, on arriverait à une thérapeutique rationnelle, ne livrant rien au hasard, remplissant toutes les indications tirées de la nature du mal, composée enfin de moyens absolument innocents, au cas où ils ne seraient pas indispensables.

D'ailleurs rien de plus facile que l'exécution de ces temps divers :

Pour la destruction, le thermocautère, facile à manier, précis dans son action, dépourvu de tout danger, et rendant même très bénignes les plaies qu'il produit ;

Pour la révulsion énergique, le même instrument faisant dans la zone indurée des incisions ou des pointes de feu ;

Pour la désinfection interstitielle, la seringue de Pravaz portant dans le tissu conjonctif une solution de teinture d'iode de 1 ou 2 pour 100 ;

Pour le traitement interne, la même teinture d'iode administrée à la dose de deux à quatre gouttes toutes les deux heures, sans préjudice des autres médicaments jugés nécessaires.

Par un singulier hasard, l'occasion de mettre à exécution tout ce programme se présenta moins d'un mois après l'échange télégraphique de Landivisiau à Paris.

Pustule maligne de la paupière supérieure ; extirpation au thermocautère, couronne de pointes de feu à la périphérie, injections iodées hypodermiques dans la région œdémateuse, teinture d'iode à l'intérieur. Guérison.—(A suivre.)

Sur la guérison spontanée de la phthisie pulmonaire.

Par HEITLER.

L. Heitler a examiné, au point de vue de la guérison spontanée de la phthisie, les poumons de 16,562 cadavres. Sans compter tous les cas de cicatrices douteuses ou d'adhérences pleurales, Heitler a trouvé 780 foyers caséeux guéris, sur des sujets morts d'affections absolument étrangères à la tuberculose. Sur ces 780 sujets, il a noté 503 hommes, 277 femmes. Au point de vue de l'âge : répartition égale de vingt à soixante-cinq ans.

Un de ces morts avait 101 ans, un autre 103 ! Tous ces sujets appartenaient à la classe ouvrière. Les lésions consistaient en noyaux cicatriciels fortement pigmentés, très noirs et entourés de nodules gris ou jaunâtres. Il a trouvé des cavernes cicatrisées, dont le volume variait entre celui d'une noix et celui d'un œuf.

Dans 651 cas, la lésion était bilatérale, presque toujours limitée aux sommets. La guérison spontanée est, dit l'auteur, plus facile dans les cas chroniques que dans les cas aigus. On peut toujours l'espérer tant que les tubercules n'ont pas dépassé les lobes supérieurs des poumons. Quand les lobes inférieurs sont envahis, la maladie peut avoir des temps d'arrêt, mais la guérison n'est plus possible. (*Medizinische Jahrbucher*, 1880, Heft III.) (*Lyon médical*). — (*Journal de Thérapeutique*, No. 1, 10 janvier 1881.)

Emploi de l'iodoforme en gynécologie.

Par KISCH.

L'auteur a employé l'iodoforme avec succès dans plus de 50 cas de métrite chronique, d'endométrite et de périmétrite, d'ulcération du col, d'hypertrophie du col, de péritonite et pelvi-péritonite chroniques, etc. L'iodoforme est à la fois un

fondant et un anes'hésique, et il est moins irritant que la teinture d'iode. On retrouve l'iode dans les urines avant 48 heures, mais l'élimination se fait lentement.

L'odeur infecte de l'iodoforme est parfaitement masquée dans le mélange suivant :

Iodoforme....	10	grammes
Glycérine	100	—
Essence de menthe poivrée...	3	—

Agiter au moment de s'en servir.

Au moment du coucher, on imbibe un tampon d'ouate et on l'introduit dans les culs-de sac du vagin ou dans le col de l'utérus ; on le retire le lendemain matin. En même temps, on fait pendant deux ou trois minutes avec la liqueur des frictions sur le ventre et sur les aines. (*Berliner Klinische Wochenschrift*; décembre 1879)—(*Journal de Thérapeutique*, No. 1, 10 janvier 1881.)

Examens de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

Dans les derniers jours de Mars ont subi leur examen final :

MM. Hormisdas Legault, Ferdinand St. Jacques, S. La-Lamarque, Amédée Martin, C. Fautoux, B. Flie Pagé, J. Hamelin, Jules Savard, Gilbert Huot, Joseph Rodolphe Chamilly de Lorimier, C. Voisard, Théodule Cypihot, Chs. F. Clerk, S. Kelly, G. A. M. Fortier, Joseph Asselin, J. A. Prieur, Eugène Fournier, A. Sinek, Charles Girard, J. Bte. LeRoy, David Dufresne, M. Soulard.

Ces messieurs recevront dans quelques jours de l'Université Victoria le diplôme de Maître en Chirurgie et de Docteur en Médecine.

Mais ce diplôme, toutefois, ne sera délivré qu'à ceux qui rempli toutes les exigences de la loi.

Les messieurs dont les noms suivent ont passé leur examen primaire :

Philéas Geoffrion, J. A. B. Goulet, J. A. Pepin, Albert Beaupré, L. Camiré, J. Brisebois, L. J. Gareau, Geo. Baril, Joseph E. Thériault, Charles Tessier, L. D. Grenier, Hector Gauthier, G. Watier, E. Panneton, Horace Manseau, Edgar Turgeon, Gustave Paquet, Edmond Aubry, Joseph Venne, H. E. Langis, Alfred Archambault, G. P. Chartrand, Alfred Duckett.

Les examens pour l'admission à l'étude de la Médecine auront lieu jeudi le cinq mai courant, à la même heure et dans le même local.

L'assemblée semi-annuelle du Bureau Médical de la Province de Québec, pour l'examen des candidats à la pratique de la médecine et l'octroi des licences sur présentation des diplômes, aura lieu à Montréal Mercredi le 11 Mai courant, à 10 heures, A. M., dans la vieille bâtisse du gouvernement, autrefois occupée par l'Ecole Normale, rue Notre-Dame, vis-à-vis l'Hôtel de Ville.

Mutation à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs d'Orsonnens, Coderre, Hingston et Brunel ont été remplacés pour le trimestre d'Avril, Mai et Juin, par MM. les docteurs Beaudry, McDonell, F. X. Trudel et Gagnon.

DÉCÈS

A Montréal, le 13 avril dernier, E. A. Paquet, M. D., à l'âge de 33 ans. Le docteur Paquet était un des élèves de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal et un des Médecins du Dispensaire de l'Asile de la Providence.