

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /  
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/  
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /  
Qualité inégale de l'impression
  
- Includes supplementary materials /  
Comprend du matériel supplémentaire
  
- Blank leaves added during restorations may  
appear within the text. Whenever possible, these  
have been omitted from scanning / Il se peut que  
certaines pages blanches ajoutées lors d'une  
restauration apparaissent dans le texte, mais,  
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas  
été numérisées.

# L'ABEILLE MÉDICALE

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

---

PUBLICATION MENSUELLE

---

---

VOLUME I.

---



MONTREAL :

T. BERTHIAUME, IMPRIMEUR-EDITEUR, 212, RUE NOTRE-DAME.

---

1879

# L'ABEILLE MEDICALE

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

---

---

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

---

---

Vol. I.

JANVIER 1879.

No. 1.

---

---

## PROSPECTUS.

—

*À chacun des anciens Elèves de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.*

MONSIEUR LE DOCTEUR,

L'Ecole s'est décidée à fonder un journal de médecine. Elle croirait, malheureusement, ne pas remplir toute sa mission, si elle ne continuait pas son œuvre en dehors même de ses murs en négligeant de faire part aux membres de la profession médicale, et surtout à ses anciens élèves, des faits les plus importants qui se présentent dans les cliniques des différents établissements religieux qui sont sous son contrôle immédiat.

Le champ est si vaste en effet, maintenant, qu'il serait désormais vraiment honteux de n'en pas tirer tout le parti possible. Aussi, ose-t-elle se flatter que vous n'avez pas encore oublié ces vastes salles que vous avez parcourues tant de fois déjà avec ses professeurs, et que, comme eux, vous serez heureux de resserrer de nouveau ces liens étroits qui nous amenaient, autrefois, tous les jours, pour un commun travail.

Nous sommes restés seuls, il est vrai, depuis, sur la brèche, mais nous y combattons encore, et tous les ans, nous lançons nos recrues les mieux disciplinées.

Pour vous, vous avez déjà, depuis longtemps, changé de garnison, mais vous n'avez pas moins les mêmes ennemis en face à combattre, la maladie ! la mort !

Unissons donc nos efforts pour bien servir l'humanité, l'*Abeille* butinera pour vous de pays en pays, d'école en école, de médecin en médecin, de livre en livre, de journal en journal. En sorte que, ménageant vos ressources pécuniaires et votre temps surtout, il vous sera possible, sans acheter de nombreux et dispendieux livres, sans dépenser un temps considérable à les lire, il vous sera toujours possible de suivre tous les progrès, toutes les découvertes. Mais n'oubliez pas que cette œuvre devient une œuvre nationale par le fait seul que c'est celui de l'école. Votre *alma mater* donc a droit de compter sur vous, sur votre travail, sur votre active collaboration même.

Dans ces flots successifs de trente-six générations médicales, si je puis ainsi m'exprimer, que compte déjà l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, que de beaux talents, que d'hommes instruits elle a vu surgir ! Que l'amour de la patrie, que l'honneur national, que le dévouement à la science viennent aiguillonner ceux-ci, qu'ils nous prêtent leur puissant concours, et l'enfant naissant d'aujourd'hui sera bientôt un homme fort.

C'est en comptant sur ce bienveillant patronage que l'École s'impose aujourd'hui cette nouvelle tâche toute de travail et de responsabilité pour elle.

Le journal sera donc purement scientifique et repoussera toute polémique personnelle. Il sera consacré à la Chirurgie, à la Pathologie et à la Gynécologie. En un mot, et tour à tour, chacune des branches de la Médecine y sera mise à contribution. Une attention tout particulière sera de plus donnée à la littérature médicale, afin de guider les médecins

dans le choix des ouvrages qu'ils devront adopter, et sur lesquels ils pourront sans crainte se reposer, pour les guider sûrement dans leur pratique.

Les questions locales, les discussions qui regarderont l'intérêt de la profession, comme celui de l'Ecole de Médecine, y seront traitées au long, afin de mettre chacun en état de juger sainement les sujets sur lesquels on désirera attirer son attention ou obtenir son active coopération.

L'école espère de cette manière ouvrir une voie aussi large que droite, qui permette à tous d'y marcher d'un pas sûr et ferme. Elle compte même par là amener encore l'unité d'action dans tout le corps médical, tout en contribuant à le tenir à la hauteur de sa position, et lui attirer d'avantage le respect général.

Le journal aura pour titre : " L'ABEILLE MÉDICALE, *journal de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, de l'hôpital Hôtel-Dieu, de la Maternité Ste. Pélagie et des Dispensaires.*"

Il sera mensuel, le premier numéro paraîtra en janvier prochain : il sera du format in 8o. et de quarante huit pages. Le prix en sera de deux dollars par année. La rédaction en est confiée au Dr d'Orsonnens, auquel on adjoindra un comité de collaboration.

Après avoir reçu ce prospectus, Monsieur le Docteur, comme preuve du bon souvenir que vous gardez toujours pour votre *alma mater* et pour vos anciens professeurs, l'Ecole ose espérer que vous vous ferez un devoir de lui annoncer immédiatement votre prompte adhésion à son œuvre et votre vive sympathie pour ce nouveau sacrifice de sa part qui, je peux vous l'avouer, doit augmenter non seulement son labeur mais même ses dépenses.

En comptant sur votre abonnement, je demeure Monsieur le Docteur,

Votre très dévoué confrère et ami,

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

MONTRÉAL, janvier 1879.

## PROTESTATION

DE

L'ECOLE DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE DE MONTREAL

CONTRE

L'accusation de désobéissance au Saint Siège portée contre elle au sujet de l'Université Laval.

Nous faisons cette protestation pour deux raisons principales : d'abord afin de lever le scandale que produirait nécessairement l'accusation portée contre l'Ecole si nous ne la repoussions pas, et ensuite afin de prévenir de plus longues discussions dans la presse, sur une question de cette nature.

Les Professeurs de notre Ecole se sont constamment fait une gloire d'être les fils soumis de l'Eglise, et personne n'a pu être plus sincère dans le respect et l'obéissance que nous avons voués au St. Siège.

Cependant puisque c'est aujourd'hui sur ce point délicat que nos adversaires nous attaquent, c'est aussi là-dessus que nous devons et voulons leur répondre. Nous le ferons avec tout le calme qu'attendent de nous les esprits sérieux auxquels surtout s'adressent ces lignes ; mais nous ne cacherons rien de la vérité, qu'il est plus que temps de faire connaître.

On reproche à l'Ecole une double faute : de prétendre encore se maintenir, ou de s'obstiner à vivre malgré un décret du Saint Siège, et de violer sa parole donnée en refusant de disparaître.

Voilà certainement notre faute dans toute sa gravité ; mais voyons aussi la valeur de cette spécieuse accusation.

### I.

Nous déclarons ici que jamais " l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal " n'a consenti à se dissoudre pour être confondue avec Laval. C'est tout le contraire qui est vrai, et en voici de suite quelques preuves.

Le Saint Siège, nous le reconnaissons, désirait à Montréal une succursale de Laval, mais il ne touchait point à l'Ecole par son Décret de 1876 et ne donnait à personne l'ordre ou le droit de la détruire.

Elle peut donc vivre d'après le Décret, et tout ce qui tend à l'anéantir est, à nos yeux, un acte qui dépasse les bornes de la réserve dans laquelle le Saint Siège lui-même a cru devoir se tenir.

Nous voulons être obéissants, mais nous ne pouvons point confondre l'arbitraire d'une certaine presse avec les ordres de Rome.

A la date du 3 novembre 1877, il fut convenu dans une assemblée de l'Ecole présidée par S. G. Mgr. l'Evêque de Montréal que :

“ 20. L'Ecole conservera son autonomie et tous les avantages que lui procurent son acte d'incorporation et son affiliation à l'Université Victoria, avantages qu'elle a acquis au prix de grands sacrifices de temps, d'argent et de travail. Il serait contre l'équité et la justice de vouloir priver l'Ecole de ses droits acquis, pour les transmettre à une autre institution. ”

De plus à une assemblée tenue le 3 décembre 1877, Mr. le Dr Trudel déclare dans son rapport officiel que “ l'Evêque de Montréal avait décidé d'admettre tous les professeurs de l'Ecole, que l'Ecole pourrait conserver son nom et les privilèges que lui confère son Acte d'Incorporation. ”

On lit aussi dans l'acte d'entente de l'Ecole avec l'Evêque de Montréal : “ L'Ecole fera, comme par le passé, tous les ans, l'élection de ses officiers et c'est à son Secrétaire-Trésorier que la Corporation Episcopale devra remettre les fonds. ”

Enfin la chose était si bien connue des intéressés que pas plus tard que le 12 juin 1878, le Révérend M. Hamel, Recteur de l'Université, écrivait ce qui suit à l'Ecole :

“ Je sais que l'Ecole a obtenu de conserver son organisation intérieure par un contrat privé avec Monseigneur de Montréal. Je sais de M. le Président même de l'Ecole que le maintien de cette organisation est une menace permanente contre l'Université. ”

Peut-on, après un témoignage aussi peu suspect que celui-ci, soutenir avec l'ombre d'une raison que l'Ecole, en refusant de renoncer à sa vie propre, manque à sa parole donnée, ou viole ses engagements écrits? Elle a, au contraire, constamment tenu à son organisation légale et à son autonomie malgré les plus fortes influences pour l'engager à se détruire. Toutes ses démarches auprès de Laval n'ont eu qu'un objet ou qu'un but, celui de s'unir de préférence à une Université Catholique, pour rencontrer le désir du Saint Siège ; mais jamais elle n'a un moment songé qu'il lui fallait, pour cela, consentir à être dispersée, morcelée et broyée.

Que l'on tourne et que l'on retourne le décret de Rome comme l'on voudra, jamais il ne sera possible de lui faire dire que le Saint Siège y donne à l'Ecole l'ordre de se détruire et de

disparaître. La Cour de Rome sait parfaitement que l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal est un corps politique reconnu, protégé et même subventionné par l'État et il n'est pas dans ses habitudes de formuler des Décrets contre des institutions civiles qui ne sont pas mauvaises en soi.

## II.

L'École, comme corps, aurait peut-être pu, sinon repousser l'Université qui venait ici la remplacer, du moins s'abstenir, rester neutre, en attendant chez elle l'effet des efforts de Laval pour s'implanter à Montréal. Elle ne le voulut cependant pas. En apprenant le désir du Saint Siège, elle vint de l'avant et déclara qu'elle ne voulait mettre aucun obstacle à l'œuvre de la bonne entente et même faire tout en son pouvoir pour en assurer le succès.

Qu'on veuille bien se rappeler comment, malgré certaines répugnances secrètes et le souvenir encore vivant de nos luttes passées avec Laval, nous avons tout d'abord résolu, en reprenant la question de cette entente, de faire taire en nous tout sentiment de susceptibilité ou d'aigreur, afin d'entrer plus librement dans les desseins du Saint Siège.

Il en était si bien ainsi, que dès l'arrivée parmi nous de Monseigneur le Délégué Apostolique, les Professeurs de notre École entrèrent des premiers en pourparlers avec Son Excellence, Mgr l'Evêque de Montréal et M. le Recteur de l'Université à laquelle nous voulions sincèrement unir l'École de Médecine de Montréal. Cette démarche ne manquait point pour nous de danger, vu l'affiliation de l'École avec l'Université du Collège Victoria. Nous n'hésitâmes cependant pas à la faire, à nos risques et périls, pour donner une preuve sans réplique de notre parfaite déférence et entière soumission au Saint Siège. Personne, que nous sachions, ne nous a devancés dans cette voie, ni le séminaire de St. Sulpice qui n'avait qu'une affiliation à faire, ni non plus les Révds Pères Jésuites, de qui on exigeait une succursale. Nous comprenions que c'était surtout notre importante École que l'on désirait voir unir à Laval, et nous ne fûmes pas les derniers à nous rendre à l'invitation.

Il serait peut-être inutile de rappeler ici, comment M. le Recteur de Laval nous reçut dès notre première entrevue. "L'Université, dit-il, préférerait ne pas vous avoir avec elle."

Toutes blessantes que furent ces paroles, elles ne nous empêchèrent cependant pas de garder le calme nécessaire pour

poursuivre le projet d'entente du Saint Siège. Nous discutâmes les conditions de l'union de notre Ecole à Laval et il y eut bientôt des arrangements pris entre les parties intéressées.

Or, nous ne craignons pas de le dire, l'Ecole de Médecine a poussé, dans ces conventions, l'esprit de soumission au St. Siège jusqu'aux dernières limites possibles, comme le démontre assez du reste le fait de leur acceptation par l'autorité religieuse. Si, en effet, nous eussions alors manqué de respect à l'Eglise, comment l'Université, comment l'Evêque de Montréal, comment le Délégué même du Pape auraient-ils pu accepter, autoriser et sanctionner ces engagements ?

On invoquait un décret de Rome de 1876 pour nous imposer les conditions les plus onéreuses, les sacrifices les plus sensibles ; et quoique nous sussions parfaitement que la réponse de la S. Congrégation n'était qu'un projet *del quale progetto*, dont la réalisation immédiate avait été plus d'une fois déclarée impossible par Mgr l'Evêque actuel de Montréal et avait de fait toujours été remise, cependant, ne voulant point nous laisser entraîner sur un terrain que nous ne connaissions guères, et nous fiant d'ailleurs entièrement sur la sagesse du Saint Siège, nous en signâmes les conditions ainsi que l'Université.

C'est à la clause suivante de cette entente qu'on nous reproche aujourd'hui de forfaire ;

“ 50. En résumé, toutes les conditions renfermées dans la décision de la Sacrée Congrégation de la propagande du 1er février 1876 seront observées.”

Voilà certes une preuve éclatante de la soumission et du respect que nous professons comme catholiques envers l'autorité religieuse. Mais voyons maintenant comment ceux qui font parties à ce contrat en ont rempli les conditions.

Entre plusieurs autres le décret voulait ou réglait trois choses d'une grande importance pour l'Ecole : 1o. Il confiait aux Evêques de la Province et à l'Université Laval le soin de mener à bonne fin le projet de l'établissement d'une succursale à Montréal ; 2o. il ordonnait que toutes les dépenses nécessaires pour la succursale seraient à la charge du diocèse de Montréal, et 3o. il statuait que les émoluments pour chacun des Professeurs de Montréal seraient égaux à ceux de Laval.

Voici le texte même du document :

“ Stabilire in Montreal una succursale dell università Laval all' esecuzione del quale progetto dovranno provvedere i Vescovi in unione con Laval sulle seguenti basi : 10. Che

“ tutte le spese occorrenti per la succursale dovranno essere a carico della diocesi di Montreal..... So. L'emolumento per i singoli Professori sarà a Montreal eguale a quello di Laval.”

Ces clauses, comme on le voit, se rapportent surtout à la question d'argent et il importe ici de tout dire. Nous tenons cependant à déclarer explicitement que nous ne voulons attaquer, dans cet écrit, aucune autorité religieuse ni aucun membre de l'Université Laval ; car les parties au contrat que nous allons discuter ont fort bien pu n'être pas libres d'en remplir toutes les obligations.

A peine donc nos engagements étaient-ils conclus avec Laval qu'ils furent ouvertement violés par ceux-là mêmes qui aujourd'hui nous reprochent de manquer aux conventions et à notre parole donnée. L'École s'en plaignit d'abord, elle réclama et protesta à plusieurs reprises : mais nous le disons avec peine, ce fut absolument en vain. Nous aurions pu en rester là et rompre pour toujours avec l'Université. Cependant nous résolûmes de tenter un nouvel effort. Un *mémoire* contenant les plaintes et les protestations de l'École fut passé à Sa Grandeur Mgr. l'Archevêque de Québec. Nous espérons qu'une question qui touchait d'aussi près à l'existence même d'une succursale de Laval à Montréal ne manquerait pas d'attirer toute l'attention de Sa Grandeur. Or, voici comment Mgr. Taschereau répondit à notre demande :

“ Le règlement de ces difficultés n'entre point dans les attributions du Conseil Supérieur établi par la Bulle d'érection canonique de l'Université Laval.”

Nous ferons là-dessus une remarque. S'il n'est rien dit de semblable dans la *Bulle*, il en est certainement question dans le décret que la Bulle confirme, auquel Laval a souscrit et qu'on invoque si fort sur d'autres points.

Parlant, en effet, du projet de la succursale à Montréal, le Décret cité plus haut, dit en toutes lettres : “ projet à l'exécution duquel les Evêques, en union avec Laval, devront procéder sur les bases suivantes.”

Il n'est donc pas étonnant que l'École ait cru que tout ce qui était de nature à compromettre ou faire manquer l'entente voulue par le Décret méritait l'attention spéciale de Mgr l'Archevêque de Québec et relevait de l'Episcopat.

Quoiqu'il en soit, notre École faisait, dans cette occasion, preuve de toute sa bonne volonté, en recourant ainsi d'elle-même à l'autorité des Evêques qu'elle croyait compétente et dont la décision eut été pour elle un jugement qui eut mis fin à la question en litige.

En supposant, en effet, que les prétentions de l'École

n'étaient nullement fondées, l'Université Laval ne devait plus trouver d'obstacles à sa succursale à Montréal ; le Décret de la S. Congrégation se trouvait appliqué ; la Bulle érigeant Laval obtenait ici son plein effet ; l'École de Médecine était mise à l'ordre, ou convaincue de révolte ouverte ; enfin l'Université, après tant et de si longs combats, demeurerait maîtresse du champ de bataille et entrerait en triomphe à Montréal.

Nos Seigneurs les Evêques cependant n'ont pas jugé à propos de se prononcer sur cette matière, et Mgr l'Archevêque a fait même concevoir l'espérance d'un arrangement qui serait à la satisfaction de toutes les parties intéressées. Mais est-ce bien ainsi que les Evêques en usent d'ordinaire à l'égard des coupables qui osent se révolter contre l'autorité du Saint Siège ? Assurément non.

Voyons maintenant de quelle manière la première condition de l'entente suggérée par le Décret a été observée à Montréal. Cette condition se lit comme suit : " Que toutes les dépenses de la succursale devront être à la charge du Diocèse de Montréal."

Puisque rien ne doit empêcher le Décret d'avoir ici tout son effet, puisque ce serait être rebelle que de ne pas le suivre à la lettre, nous sommes en droit de demander quelle attention cette première clause a reçue jusqu'ici dans le Diocèse de Montréal. A-t-on, suivant que le veut le Décret et que nous avons lieu de nous y attendre, fait fournir par le Diocèse l'argent qu'exigent la fondation et l'entretien de la succursale de Laval à Montréal ? A-t-on demandé des contributions au public catholique, ou du moins fait quelques démarches pour trouver l'argent nécessaire à l'établissement de cette œuvre ? Non, pas la moindre. Mais, en revanche, on accuse les Professeurs de l'École de désobéissance au Décret, parce que pères de familles pour la plupart ils refusent de se charger personnellement de faire les dépenses de la succursale, ou d'acquitter une dette de vingt mille dollars pour le plaisir d'offrir à Laval une propriété libre de toute redevance. C'était Mgr l'Evêque de Montréal qui, d'après nos arrangements, devait se charger de cette dette et nullement les Professeurs de notre École, qui lui passaient alors leur maison.

Ces derniers, suivant le Décret, ne devraient avoir qu'à retirer des honoraires fixes et déterminés, sans autre charge que celle de donner régulièrement leurs leçons.

Voici, en effet, la huitième clause du Décret :

“ So. Les émoluments pour chacun des Professeurs seront à Montréal égaux à ceux de Laval.” (C'est-à-dire cinq dollars par leçon.)

Au lieu d'observer fidèlement cette condition d'un Décret, qu'on prétend sur les autres points ne pouvoir en rien altérer, on a exigé de nous que le prix des Cours de l'Ecole fut retiré par la Corporation Episcopale de Montréal, sans déterminer le *quantum* des émoluments qui reviendraient à chacun des Professeurs de Montréal.

A tout ce qui précède nous devons ajouter les faits suivants, qui prouvent que l'Université n'a pas toujours rempli les engagements pris avec nous, tant verbalement que par écrit. Lorsqu'il s'est agi d'organiser le conseil de la faculté à Montréal, l'Université Laval s'est permis, contre tout droit et toute prudence, de violer l'ordre des préséances. L'Ecole réclama de suite ; mais M. le Recteur attribua la faute à un malentendu avec Mgr l'Evêque de Montréal, et les réclamations de l'Ecole demeurèrent absolument sans effet. C'était encore une convention formelle que jusqu'à l'automne 1880, c'est-à-dire pour un espace de deux ans, le temps des cours et leurs conditions ne seraient point changés pour notre Ecole. Or, sans avoir préalablement consulté, ou même averti cette dernière, M. le Recteur de Laval est venu à Montréal inviter, par la presse, les Etudiants en Médecine à s'inscrire au plus vite, leur annonçant que les cours commenceraient à une époque tout différente de celle adoptée jusqu'ici par l'Ecole.

Cette initiative, prise en dehors de toute entente avec les Professeurs de Montréal, était d'autant moins prudente qu'elle remettait en question plusieurs points importants des arrangements déjà conclus, au sujet de la durée des Cours, du prix à demander aux Elèves, du mode des examens et enfin de la date fixée pour la réouverture des cours à l'automne.

Enfin, contrairement à nos conventions, M. le Recteur a, dans ses lettres, menacé les professeurs de l'Ecole de procéder sans leur assentiment pour les nominations officielles, s'ils retardaient d'envoyer les noms qu'il désirait présenter au Conseil de Laval.

Qu'on nous permette de dire ici combien l'Ecole s'est crue injustement traitée, par les démarches qui ont été faites auprès du gouvernement, pour l'empêcher de toucher cette année son allocation ordinaire.

Un autre défaut d'égards envers l'Ecole, et ce n'est certes pas le moindre, se trouve dans le fait inexcusable d'avoir livré aux mains de M. l'abbé Chandonnet les documents les plus importants comme les plus secrets de cette grave et délicate

question de l'Université à Montréal. Voilà comment on a cru pouvoir traiter l'École de Médecine, voilà comment on a observé les conventions faites avec elle et les bases d'entente suggérées par le Décret du Saint Siège.

C'est ainsi que pour rester en faveur auprès de l'Université, nous devons commencer par lui donner vingt mille dollars de notre propre bourse, c'est-à-dire faire les frais de l'établissement de sa succursale à Montréal, puis dissoudre notre corporation et livrer notre position de Professeurs au bon vouloir du Conseil de l'Université de Québec, qui ne nous aime qu'autant qu'il faut, et qui pourra toujours, quand il le jugera bon nous révoquer tous *ad nutum*.

Est-ce là ce que demande l'équité ? Est-ce bien là ce qu'ordonne le Saint Siège ? Pour notre part, nous ne le croyons pas.

Après avoir appelé de tout ceci aux autorités religieuses locales, il nous reste à déclarer publiquement que nous sommes prêts à nous soumettre aux jugements du Saint Siège, qui pourra alors se convaincre si nous sommes des rebelles. Ce serait, bien entendu, à l'Université Laval à nous citer alors à cet auguste Tribunal ; mais nous n'avons pas besoin de répéter ici que si telle est l'intention de Laval, ce sera certes de grand cœur que nous répondrons à son appel.

En attendant, à quoi sert-il de faire faire du scandale dans la presse et de multiplier contre nous les plus injustes accusations ? Que ceux qui aujourd'hui nous reprochent de résister aux ordres de Rome et de violer notre parole donnée, commencent eux-mêmes par observer les engagements qu'ils ont pris et ils nous trouveront toujours prêts à suivre leur édifiant exemple.

E. H. TRUDEL, M.D., Président.

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

Secrétaire.

MONTRÉAL, le 25 Janvier 1879.

---

**EMPLOI DU CHLOROFORME DANS L'ACCOUCHEMENT.**

---

Les médecins Canadiens-Français, obéissant encore pour la plupart aux premières impulsions qu'ils ont reçues de France par les ouvrages qu'ils ont étudiés à l'époque de l'introduction des anesthésiques dans la pratique des accouchements, celui de Cazeaux entre autres dans ses premières éditions, nous croyons après en avoir lu les dernières, ainsi que les différents traités de Tocologie plus modernes Français, Américains et Anglais, et après surtout avoir fait usage de l'anesthésie obstétricale pendant un certain temps, nous croyons devoir donner sur ce sujet une compilation d'extraits de Joulin, Depaul, Pénard, Playfair, Leishman, pour mettre nos confrères d'origine française à même d'imiter plus souvent les accoucheurs Anglais et Américains. Il ne faut pas croire cependant, d'après les quelques lignes qui précèdent, que l'anesthésie obstétricale est ignorée ou même entièrement mise de côté dans notre population, certainement non. Mais nous croyons qu'en général nous n'y avons pas recours assez souvent, et c'est pour mettre un terme à cette trop grande abstention que nous livrons l'article suivant, espérant *qu'on saura toutefois*, tout en faisant bénéficier la femme de cette immunité de douleur, dans son travail, ne pas l'exposer par un manque de prudence convenable à des accidents qui pourraient lui être funestes.

L'Anesthésie appliquée à la chirurgie est certainement une des plus belles conquêtes de l'art moderne ; et il était tout simple de l'employer contre les douleurs de la parturition. Simpson, le premier, en 1847, administra l'éther à une femme chez laquelle la version était devenue nécessaire. Le résultat heureux de cette première expérience et de celles qu'il pratiqua dans les cas d'accouchements naturels, répandit rapidement en Angleterre l'usage de l'anesthésie obstétricale. La découverte que Simpson fit, l'année suivante, des propriétés du Chloroforme, contribua encore à sa vulgarisation. Cette même année, le professeur d'Edimbourg publia la correspondance de vingt-cinq praticiens, dont quelques-uns occupent un rang distingué dans la science, et près desquels il avait fait une enquête sur les résultats qu'ils avaient obtenus à ce point de vue. Les faits réunis s'élevaient à environ 700. Ces praticiens étaient unanimes à reconnaître les bienfaits de l'anesthésie obstétricale. Pas un accident n'était survenu ; et cependant alors la nouvelle méthode en

était à ses débuts, l'expérience n'avait pas encore fait connaître les minutieuses précautions que l'on prend de nos jours pour diminuer les dangers du chloroforme.

Depuis cette époque, les faits se sont multipliés à ce point que Simpson a pu en citer personnellement 1,519 dès l'année 1850, et Churchill 3,000, tous heureux, pas un seul cas de mort n'était survenu pendant l'administration des anesthésiques.

On peut objecter que les promoteurs d'une idée nouvelle ont beaucoup de tendance à exagérer les succès et à dissimuler les revers. Cela est vrai, mais il est rare qu'ils puissent les cacher complètement à leurs adversaires, et en Angleterre Montgomery et Lee firent une opposition fort vive à l'anesthésie obstétricale. Le dernier a prétendu que bien des accoucheurs anglais cachent la vérité. Cette assertion peut être fondée, mais il faut des faits pour le prouver et il n'en cite aucun. Ramsbotham, qui ne témoigne guère plus de confiance envers ses confrères, a voulu faire obstacle à l'entraînement général et réserver les anesthésiques pour les cas de dystocie. Il base son opinion sur des raisons théoriques qui sont infirmées par l'expérience et ne cite aucun cas de mort pendant l'opération. Il rapporte deux faits malheureux appartenant au Docteur S. et à Murphy. Le premier relatif à une femme, ayant un bassin rétréci, en travail pour la quatrième fois et qui avait déjà été anesthésiée avec succès dans ses deux derniers accouchements. Cinq heures et demie après la délivrance, elle succomba à un excès de suffocation accompagnée de convulsions. Il s'était déjà produit un accès de dyspnée subit, qui avait été précédé et suivi d'un état parfaitement calme et naturel. La seconde femme mourut au bout de 24 heures après la délivrance dans les mêmes conditions et après des accès répétés. Faut-il attribuer ces morts tardives à l'action du chloroforme ? Ramsbotham l'affirme, mais il est très permis d'en douter. En chirurgie, quand le chloroforme tue, c'est ordinairement sur le champ, pendant qu'on l'administre, et non pas lorsqu'on a lieu de croire qu'il est expulsé de l'organisme. Ramsbotham met à la charge de l'anesthésie des accidents survenus pendant les suites de couches : la manie puerpérale, la péritonite, les cas de paralysie qu'il a observés, etc. Ce sont là des assertions qu'il est aussi difficile de prouver que de réfuter. Il faudrait pouvoir, pour cela, établir exactement la relation de cause à effet, et faire la part des coïncidences. On serait plutôt tenté d'admettre l'opinion diamétralement opposée des partisans du chloroforme, que la suppression de la douleur favorise les

bonnes suites de couches. En effet, l'ébranlement nerveux qu'elle produit est une source de graves dangers.

Il existe cependant un cas de mort survenu en 1853, à Buffalo, en Amérique, mais la femme en travail s'était chloroformisée elle-même en l'absence du médecin, et on ne saurait en rendre l'art responsable. En résumé, sur des milliers d'observations, on n'a pas signalé un seul cas de mort survenu pendant l'accouchement sous l'influence du chloroforme administré par un médecin, tandis qu'en chirurgie ces faits ne sont pas rares. Faut-il en conclure avec Simpson, que les accouchées se trouvent, en raison de leur état, dans des conditions d'immunités particulières ? On serait presque tenté de le croire. Mais le point important de la question et qui mérite l'attention la plus sérieuse, c'est l'absence d'un danger immédiat engageant la responsabilité du praticien, et qui le ferait hésiter à employer un agent réputé capable de donner la mort. Jusqu'à présent, au moins, les accidents survenus en chirurgie ne peuvent être invoqués contre l'anesthésie obstétricale, et si le chloroforme présente, pendant le travail, quelques inconvénients dont je parlerai tout à l'heure, au moins semble-t-il exempt de dangers.

Aux Etats-Unis, le nouvel agent fut accueilli avec autant de faveur qu'en Angleterre, et l'Association américaine signalait déjà, en 1850, 2,000 accouchements heureux, dans lesquels les anesthésiques furent employés, sans qu'on ait eu à déclarer un seul cas funeste. En Allemagne il fut également adopté bien qu'avec moins d'enthousiasme.

En France l'application des anesthésiques à la pratique obstétricale fut acceptée avec une réserve extrême et qui se transforma bientôt en une répugnance très prononcée. P. Dubois, en 1847, en communiquant, à l'Académie de Médecine, les premiers faits, au nombre de cinq, qu'il avait observés, formulait les conclusions suivantes : " Les conclusions qui découlent de ces faits sont : d'une part, que l'éther peut prévenir la douleur dans les opérations obstétricales, qu'il peut suspendre d'une manière plus ou moins complète les douleurs naturelles physiologiques de l'accouchement ; d'autre part, que l'ébriété de l'éther ne suspend ni les contractions utérines, ni même celle des muscles abdominaux, et qu'elle neutralise la résistance du plancher périnéal ; enfin que l'éther n'a pas paru agir d'une manière défavorable sur la santé et la vie de l'enfant." Ces conclusions étaient certainement d'une nature à encourager les expériences, et à faire naître le légitime espoir que l'obstétrique devait béné-

ficier, autant que la chirurgie, de cette admirable découverte P. Dubois ne signalait que des avantages, sans indiquer un seul inconvénient, et cependant il terminait sa communication en disant : " Si l'on me demande maintenant ce que je pense de cette application, je dirai que je ne crois pas que, dans l'état actuel, les inhalations soient applicables, au moins d'une manière générale, à la pratique des accouchements."

Velpeau et Malgaigne signalaient, avec raison, l'étrange contradiction qui existait entre l'exposition des faits et cette dernière phrase ; Malgaigne ajoutait : " A mes yeux il y a une distance infranchissable, une sorte d'abîme entre les conclusions scientifiques et les conclusions pratiques de la communication de M. Dubois."

On conçoit qu'un maître aussi expérimenté et aussi prudent se soit gardé d'un enthousiasme prématuré pour un agent dont la puissance pouvait cacher des dangers. Mais sa réserve ne devait pas prendre la forme d'une espèce de condamnation. Cette condamnation singulière, car elle n'était basée que sur des succès, en petit nombre à la vérité, a pesé en France sur l'avenir de l'anesthésie de toute l'autorité de celui qui l'a formulée. Les élèves de P. Dubois sont restés sous le coup de sa parole et ont accepté le jugement sans chercher à en appeler à l'expérience. A différentes époques, quelques praticiens français : I. Roux, Houzelot, Laborie, etc., ont tenté de stériles efforts pour donner à l'opinion médicale une impulsion plus conforme à l'évidence des faits. Les expériences primitives de P. Dubois n'ont pas été renouvelées, et on a banni de la Clinique l'usage du chloroforme dans les accouchements naturels, pour en limiter l'emploi au cas d'opérations.

Il résulta de cette abstention une pénurie d'observations qui contribua, dans une proportion notable, à augmenter les répugnances des accoucheurs français. Les accidents survenus entre les mains des chirurgiens leur faisaient redouter un malheur semblable, et ils se souciaient peu d'en encourir la responsabilité, en appliquant l'anesthésie à une fonction physiologique qui, bien que douloureuse, peut cependant s'accomplir sans ce secours.

Je le répète, cette crainte n'est pas fondée. Les statistiques anglaises et américaines sont d'autant plus rassurantes que les cas de mort survenus entre les mains des chirurgiens étrangers ont été signalés, et que nous n'avons aucune raison de croire qu'il n'en eût pas été de même pour les accoucheurs. Ce n'est pas la première fois que les maîtres qui dirigent chez nous la science des accouchements se montrent peu favora-

bles aux belles idées qui nous viennent de l'étranger, et, pour n'en citer qu'un exemple, je rappellerai que l'accouchement prématuré artificiel, que tout le monde accepte de nos jours, n'a reçu parmi nous son droit de cité, qu'après la plus vive opposition, soixante-dix ans après sa vulgarisation en Angleterre, et surtout après que toutes les nations du continent en eurent reconnu les avantages.

Nous ne devons pas attendre que les faits de cette nature s'imposent, comme malgré nous, à notre pratique, il faut leur ouvrir largement les portes, lorsqu'ils font autant d'honneur à l'intelligence humaine. L'anesthésie est l'antidote de la douleur : que cette douleur soit le résultat d'une opération ou d'un accouchement, il est inhumain, lorsqu'elle est mal supportée, de refuser à la femme de la lui supprimer. Les grandes découvertes qui surgissent brusquement dans la science ont tout d'abord leurs partisans et leurs adversaires : les uns ne voient que les résultats heureux, les autres s'attachent surtout à en montrer les mauvais côtés. Puis arrive une période de calme où l'on juge, sans passion et sans parti pris, la valeur réelle des choses. Cette période est arrivée pour le chloroforme.

Il est certain que les partisans anglais du chloroforme ont un peu exagéré son action favorable sur les phénomènes du travail et les suites de couches. Il est certain aussi que ses adversaires ont mis à sa charge, sans preuves suffisantes, les accidents post-puerpéraux qu'on a pu observer après son administration. De part et d'autre on n'a pas tenu assez compte des coïncidences possibles.

Il me semble ressortir de l'examen impartial des faits, que le chloroforme agit uniquement sur l'élément douleur, et qu'il disparaît de l'organisme sans porter son action sur les fonctions physiologiques, lorsqu'il est administré avec prudence. Ce résultat est déjà d'une haute importance, car, en supprimant la douleur, il supprime en même temps l'ébranlement nerveux qui en est la conséquence.

Je mentionnerai seulement un motif d'opposition basé sur la malédiction biblique : *In dolore paries*. J'abandonne cette question aux casuistes, en m'étonnant qu'elle ait pu être posée à une époque où l'intelligence humaine a atteint de si hautes limites. Simpson a pris la peine bien inutile de réfuter cette manière de voir, qui ne peut être soutenue que par des gens comprenant aussi mal les préceptes de la religion que les droits de l'humanité.

Si l'on peut discuter l'opportunité de l'anesthésie dans l'accouchement naturel, au moins est-on maintenant d'accord

sur les phénomènes physiologiques qu'il détermine chez la femme en travail. Examinons donc l'action des anasthésiques sur les organes contractiles qui concourent à l'accouchement, sur l'état général de la femme et sur celui de l'enfant.

Il est à présent démontré que le chloroforme ne diminue pas la puissance contractile de l'utérus ; il est nécessaire, pour que les muscles de la vie organique soient influencés par cet agent, qu'il soit administré à des doses considérables et qui ne doivent jamais être employées dans la parturition. Simpson, Dubois, Danyau, Murphy, Denham ont constaté que les contractions de l'utérus étaient normales. Stoltz les croit plus énergiques, tandis que Bouvier, Seibold, Lee et Montgomery pensaient, au contraire, qu'elles pouvaient être considérablement affaiblies. Les résultats divers, qui ont été observés au début de la nouvelle pratique, pouvaient s'expliquer par des coïncidences ou par l'influence du degré d'anesthésie. Il est établi maintenant que, lorsque le chloroforme est administré avec méthode et prudence, l'utérus semble n'en ressentir aucun effet. Pour cette raison, il est bien difficile d'admettre, avec les anglais, que le col se dilate plus rapidement.

La contractilité des muscles volontaires n'est pas atteinte lorsqu'on ne dépasse pas les limites que nous indiquerons plus loin. Le fait a été constaté par Dubois, Simpson, Houzelot, etc. Longet explique la persistance de la contractilité abdominale par le rôle respirateur des muscles qui forment sa paroi et du diaphragme. Channing et Cazeaux ont émis l'opinion assez hypothétique que leurs efforts ne seraient qu'apparens, et ne fourniraient qu'un faible secours pour l'expulsion.

La contraction des muscles volontaires, pendant l'insensibilité, s'exerce dans des conditions défavorables au point de vue de la direction du travail, et c'est là un inconvénient notable du chloroforme ; on n'est pas le maître de stimuler les efforts ou de les modérer selon la nécessité. Cependant lorsque l'anesthésie est légère, il arrive parfois que la femme comprend les ordres qu'on lui donne, et qu'elle les exécute, bien qu'elle reste insensible à la douleur.

On a prétendu que le périnée présentait moins de résistance à la distension en raison de la paralysie de ses muscles qui ne sont pas inspireurs, et qui subissent l'action de l'anesthésique. Les observations de Cazeaux, Chailly, Ville-neuve, etc., prouvent que l'action du périnée n'est nullement affaiblie par l'action du chloroforme. Cela confirme l'opi-

nion que je soutiens, touchant le rôle de ces muscles dans l'accouchement, et prouve que la résistance dépend des plans aponévrotiques et de la peau.

L'état général est ordinairement calme ; sous l'influence de l'éther, on a observé parfois que la femme se livrait à des expansions assez indiscretes, on a même signalé des manifestations érotiques. Le chloroforme, sans être complètement exempt de ces inconvénients, les provoque cependant beaucoup plus rarement. Dans le cas où ce phénomène se produirait, le praticien serait juge s'il doit y mettre un terme en cessant l'application du chloroforme.

Il était d'une haute importance d'examiner l'action que les anesthésiques pouvaient avoir sur la santé de l'enfant. Au début, les expériences tentées à ce point de vue chez les animaux, donnèrent des résultats un peu différents. Amussat crut voir que les petits naissaient dans un état d'engourdissement plus ou moins notable, selon que l'agent avait été administré à doses plus ou moins larges. Il constata cependant que cet état se dissipait spontanément et d'une manière assez rapide. Renault, d'Alfort, reprit ces expériences et obtint des résultats assez opposés à ceux que nous venons de noter, pour pouvoir en conclure que les anesthésiques n'avaient pas d'action appréciable sur les petits des femelles soumises à l'éthérisation. Cette dernière opinion est généralement acceptée pour le fœtus humain, bien qu'Hüter ait démontré la présence du chloroforme dans le cordon ombilical. P. Dubois a constaté que les pulsations fœtales étaient accélérées sous cette influence, il les a vu atteindre le chiffre de 160 et même 170. Houselot dans 20 observations a rarement vu les pulsations dépasser 150, la moyenne oscille entre 130 et 140.

Si le chloroforme ne semble présenter aucun inconvénient pour le fœtus, c'est tout ce qu'on peut lui accorder, et lorsque Murphy affirme que sur 150 accouchements naturels, il a obtenu 149 enfants vivants, il attribue aux anesthésiques une vertu trop grande. Quelle que soit l'autorité de l'homme qui accuse un pareil succès, il est très permis de douter lorsqu'on compare ce résultat aux statistiques ordinaires qui donnent un mort sur 35 vivants.

Avec de pareilles exagérations on compromet les meilleures causes.

#### MODE D'ADMINISTRATION DES ANESTHÉSQUES.

L'anesthésique qui est à peu près exclusivement employé est le chloroforme. Son administration est plus facile et l'ex-

citation qu'il détermine est beaucoup moins vive que celle de l'éther. Les dangers qu'il présente ne sont pas très notablement augmentés ; il est mieux supporté à cause de sa saveur agréable, son action est plus rapide et la persistance de ses effets lui assure une supériorité incontestable.

Les physiologistes ont constaté qu'en général, et en dehors de certains cas exceptionnels, qui déroutent toutes les prévisions, l'action des anesthésiques est progressive. Elle atteint d'abord les organes qui président à l'intelligence et à l'équilibre des mouvements, puis ceux qui règlent le sentiment et le mouvement, enfin lorsque l'inhalation est imprudemment poussée au delà de la paralysie des muscles involontaires, on voit survenir un collapsus complet, puis la mort. Les centres nerveux sont atteints dans l'ordre suivant : 1o. Les lobes cérébraux ; 2o. le cerveau ; 3o. la moelle épinière ; 4o. la moelle allongée, dont la lésion détermine la mort. Cette action des anesthésiques sur le système nerveux, ajoutée à celle qu'ils exercent sur le cœur en le stupéfiant, explique les cas de mort survenus entre les mains des chirurgiens. Ces derniers ont parfois observé des accidents mortels, presque au début de l'inhalation, et avant qu'une quantité notable de chloroforme ait pu être absorbée. C'est là une éventualité terrible qui déconcerte les règles de la prudence et qui fait du chloroforme un agent si redoutable.

Existe-t-il chez la femme en couches, comme le prétendent les anglais, une espèce d'immunité qui doit faire écarter la crainte de ces morts inexplicables ? Je n'oserais l'affirmer, bien que dans les observations des accoucheurs anglais et américains, qui s'élèvent à plusieurs milliers, on n'ait jamais constaté ou au moins publié un seul cas de mort dans ces conditions.

En France, l'administration du chloroforme est réglée avec une grande prudence, et le praticien qui négligerait de s'entourer de toutes les précautions qu'on a jugées utiles serait répréhensible s'il survenait un accident à sa malade.

Il est fort peu de chirurgiens qui s'exposent à employer l'anesthésie en l'absence d'un aide dont le rôle est de surveiller l'état de la circulation et de la respiration du sujet. Sous ce rapport la longueur de l'accouchement crée des conditions spéciales et plus impérieuses que pour la chirurgie ordinaire. Il faut une attention soutenue pour ne pas dépasser la dose nécessaire, et l'accoucheur ne peut tout seul administrer l'agent, surveiller l'état du pouls, de la respiration, la marche du travail, et donner en même temps les soins indispensables pendant la dernière période. Un aide intel-

ligent est donc tout à fait nécessaire, et c'est là une condition qui oblige à restreindre l'anesthésie obstétricale, car on ne peut pas toujours se faire assister d'une manière convenable.

On a renoncé aux appareils spéciaux imaginés pour l'administration des anesthésiques. On emploie une simple compresse sur laquelle on verse quelques gouttes de chloroforme ; une de ses extrémités est fixée par l'aide d'une main sur le nez de la malade, tandis que sa partie libre est un peu soulevée par l'autre main et agitée de façon à ce que l'air atmosphérique pénètre largement dans les organes respiratoires, en même temps que le chloroforme. Cette condition est très importante. Quand le liquide est évaporée, on imbibe de nouveau la compresse en prenant soin qu'un excès ne vienne se répandre sur la face de la malade, sur laquelle il exercerait une action irritante désagréable. La patiente doit être située dans le décubitus horizontal, la poitrine assez découverte pour qu'on puisse surveiller la respiration, qu'on rendra plus libre en desserrant les vêtements qui pourraient la gêner. Elle doit rester à jeun. Le doigt de l'accoucheur placé sur l'artère radiale interroge la circulation ; dans les cas où le pouls faiblit, où la respiration devient stertoreuse ou éloigne immédiatement la compresse, soit définitivement, soit jusqu'au retour de l'état normal.

Dans l'accouchement naturel, on ne doit pas dépasser le degré suffisant pour obtenir l'insensibilité, ou même pour atténuer la douleur. En agissant ainsi, on obéit aux règles de la prudence et on peut espérer que la femme pourra encore, comme on l'a observé plusieurs fois, entendre les injonctions de l'accoucheur et obéir à sa direction, lorsque l'intervention des muscles volontaires devient nécessaire. C'est la méthode exclusivement employée par Snow. Dans les cas d'opération obstétricale douloureuse, l'agent est administré à plus fortes doses. Il est évident que la femme ne doit pas être tenue, pendant toute la durée du travail, surtout quand il est très lent, sous l'influence du chloroforme. Snow ne dépasse pas une période de huit heures, ce qui est déjà considérable ; mais quelques-uns de ses confrères ont été plus hardis encore, et sont allés au-delà de quinze à seize heures. Malgré les résultats heureux qu'on accuse, je crois qu'il serait dangereux d'imiter leur audace ; il est prudent de ne pas employer pendant plus de trois ou quatre heures le chloroforme ; cette période est déjà bien longue et pour la malade et pour le chirurgien, qui doit exercer la surveillance la plus attentive pour que le premier degré d'anesthésie ne soit pas dépassé. On doit exclusivement réserver le chloro-

forme pour les périodes véritablement douloureuses du travail. Il est vrai que ces périodes sont très variables chez les différents sujets et que la souffrance ne suit nullement une marche croissante. Pour quelques-unes, le maximum se rapporte au moment où la dilatation est un peu avancée et jusqu'à ce qu'elle soit complète ; chez d'autres, les douleurs les plus aiguës appartiennent au temps d'expulsion, et peuvent être limitées à sa dernière partie. Il est donc difficile de déterminer d'avance, et d'une manière générale, le moment où l'on doit commencer l'administration du chloroforme ; le médecin qui dirige le travail sera seul juge de l'instant opportun.

Il est bon cependant de ne commencer que lorsque l'intervalle qui sépare les douleurs n'est que de quelques minutes.

Quand elles sont séparées par une période de quinze à vingt minutes, il n'est pas encore temps d'employer l'agent dont l'application pourrait être beaucoup trop prolongée. En général, les douleurs ne deviennent très vives qu'au moment où elles sont fréquentes.

Simpson débute par de fortes doses, puis, quand l'anesthésie est complète, il ne répète les inspirations qu'au retour de chaque contraction et seulement pour entretenir une légère insensibilité. Il prétend que, lorsqu'on commence par de petites quantités, la malade éprouve, chaque fois qu'on imbibe la compresse, l'excitation, les tintements d'oreilles et les sensations désagréables qui accompagnent le début. La quantité qu'il emploie en moyenne est de 30 grammes par heure.

Les avantages qu'il croit retirer de ce mode d'administration ne sont pas très évidents, et il me semble plus prudent d'avoir recours à la méthode de Snow, consistant à débiter par de faibles doses, qu'il renouvelle, comme Simpson, au début de chaque contraction. Il est nécessaire, comme on le voit, qu'elles soient rapprochées pour ne pas avoir à pratiquer une nouvelle anesthésie chaque fois qu'elles se reproduisent.

En dehors de l'avantage inappréciable que présente le chloroforme de supprimer la douleur, il fait également disparaître l'excitation nerveuse qui, souvent, devient une complication très désagréable et souvent dangereuse du travail.

Il est évident que l'administration des anesthésiques entraîne pour le praticien des embarras et une fatigue plus grande que lorsqu'il abandonne la femme à ses souffrances, mais cette considération ne peut pas entrer en ligne de compte. L'homme de l'art doit tous ses soins et son dévouement à la femme qu'il assiste, et son seul mobile est de la secourir par tous les moyens qui sont en sa puissance.

Les contre-indications de l'anesthésie obstétricale sont celles de la pratique commune : la réplétion de l'estomac, une affection du cœur ou des organes respiratoires qui troublent d'une manière notable leurs fonctions, une faiblesse extrême qu'elle soit déterminée par l'épuisement ou une perte abondante, etc.

En résumé, la répulsion de la plupart des auteurs français pour le chloroforme dans l'accouchement naturel, ne repose sur aucun motif pratique et sérieux. Cette opposition, vague et indécise, doit disparaître devant des résultats qui intéressent à un si haut degré la science et l'humanité.

Dans ces derniers temps, l'opinion primitive de P. Dubois s'était considérablement modifiée, et il se montrait beaucoup plus favorable à l'emploi des anesthésiques.

Sans partager complètement l'opinion des anglais sur ce sujet, je n'hésite pas à employer l'anesthésie toutes les fois que les femmes m'en témoignent le désir, ou lorsque les douleurs sont très vives et l'excitation nerveuse intense. Dans ce dernier cas, je suspends son administration quand l'excitation semble calmée, quitte à la reprendre si les motifs qui me l'ont fait administrer reparaissent.

Dans les contractions irrégulières de l'utérus, le laudanum agit d'une manière extrêmement rapide comme calmant ; mais il a l'inconvénient d'arrêter tout à fait le travail : ce n'est qu'au bout de quelques heures, qu'il reprend sa marche normale. Le chloroforme produit souvent un résultat tout aussi heureux, mais sans arrêter les contractions.

En résumé le chloroforme doit être administré d'une manière intermittente, en petite quantité et seulement pour émousser la douleur, tout en laissant encore à la femme la faculté d'entendre et de suivre les ordres du médecin dans les cas ordinaires.

Mais dans les opérations douloureuses de l'obstétrique, telles que la version, les applications difficiles de forceps, l'extraction du placenta enchatonné ou adhérent, il faut, comme dans la chirurgie, pousser l'inhalation jusqu'à l'anesthésie complète. Une remarque singulière, c'est que les inhalations à haute dose sont moins propres à suspendre les contractions dans la seconde que dans la première période du travail, et par conséquent, il y a alors moins d'inconvénients à en donner une plus grande quantité. Qu'on ne s'imagine pas, néanmoins, que pour produire une anesthésie complète il faille pousser l'inhalation jusqu'au point de rendre la respiration bruyante, comme en chirurgie ; rarement il est besoin d'aller jusque là. Les quantités nécessaires pour produire le

sommeil et l'immobilité sont d'ailleurs très variables suivant les individus.

Les malades sont calmes pendant l'intervalle des douleurs ; seulement, au retour des contractions, elles se remuent plus ou moins et font entendre quelques petits grognements qui avertissent l'accoucheur que la sensibilité n'est plus complètement abolie et qu'il est bon de revenir aux inhalations.

Quoique l'anesthésique généralement employé soit le chloroforme, plusieurs accoucheurs depuis quelques années ont fait un usage fréquent du chloral et comme je crois que ce dernier agent jouit véritablement d'une grande efficacité, je vais d'abord indiquer les circonstances dans lesquelles il peut être employé.

L'avantage particulier que présente le chloral dans l'accouchement c'est qu'il peut être administré avec sûreté à la malade dans le temps durant lequel on ne peut généralement la mettre encore sous l'effet du chloroforme. En effet celui-ci tue réellement la douleur, mais en même temps bien souvent aussi il diminue l'action utérine à un degré remarquable. C'est une observation qu'ont faite tous ceux qui s'en sont servis souvent dans leur pratique obstétricale ; aussi la diminution des tranchées retardant le travail, il faut alors suspendre du moins temporairement les inhalations. En effet c'est cette propriété même du chloroforme d'annuler l'action utérine qui le rend si précieux dans la version ; mais dans ce but il faut pousser l'inhalation jusqu'à l'anesthésie chirurgicale, ce que l'on cherche toujours à éviter, lorsque l'on ne cherche qu'à diminuer la douleur dans le travail ordinaire. Quoiqu'il en soit, il n'est pas toujours facile de n'obtenir que ce but, et son effet malgré nos désirs va quelquefois bien au delà. Mais cette diminution dans la force de la contraction utérine est comparativement d'une moindre conséquence dans la période d'expulsion, et est généralement plus que contrebalancée par le soulagement que la femme en éprouve. D'ailleurs dans la première période ou celle de la dilatation du col, pratiquement parlant, l'usage du chloroforme n'est généralement admissible que lorsque la tête est descendue dans l'excavation pelvienne.

Au contraire le chloral n'a pas pour effet de diminuer la contraction utérine. Il ne peut pas, il est vrai, rivaliser avec le chloroforme pour sa puissance à faire cesser le sentiment de la douleur, mais il amène un état de somnolence, durant lequel la douleur n'est pas aussi aiguë qu'avant son administration. C'est donc pendant la première période du travail, pendant la dilatation du col, lorsque les douleurs sont si

actives et si difficilement supportées par la femme, c'est alors le moment véritablement opportun d'employer le chloral. C'est surtout dans les hautes classes de la société, lorsque le travail n'avance à rien malgré les souffrances les plus aiguës, que l'on se trouve bien de son usage. Dans ces cas souvent le col est mince et rigide, les douleurs fréquentes, néanmoins la dilatation ne se fait pas ou ne se fait du moins que très lentement. Mais si l'on met ces femmes sous l'influence du chloral, leurs douleurs deviennent moins fréquentes, mais bien plus fortes, leur excitation nerveuse se calme, et la dilatation du col se fait souvent alors avec rapidité. Enfin dit Playfair, je ne connais rien qui réussisse si bien dans ces cas de rigidité du col qui se refuse à toute dilatation, et je regarde son administration dans ces circonstances comme bien plus efficace que celle de tous les remèdes employés jusqu'ici. D'autrefois l'accouchement est rendu pénible et douloureux par la rupture prématurée des membranes et la perte des eaux. Le chloral a, dans ces cas, rendu de bons services, mais il a fallu en porter la dose à 3 ou 4 grammes (45 à 60 grains.)

Le but qu'on se propose en donnant le chloral, c'est d'amener un état de somnolence prolongée autant que possible. A cette fin quinze grains de chloral sont administrés de vingt minutes en vingt minutes jusqu'à ce qu'on en ait donné trois doses. De cette manière on obtient généralement l'effet désiré. La malade très portée au sommeil, dort dans l'intervalle des douleurs, et se réveille à chaque contraction. Il est quelquefois nécessaire de donner une quatrième dose de chloral à un intervalle plus éloigné, une heure, par exemple, après la troisième, pour entretenir et prolonger son action soporifique ; mais ces cas se rencontrent peu souvent et j'ai rarement eu à donner plus d'une drachme de chloral pendant tout le travail de l'accouchement.

Un autre avantage que présente cette médication est que non-seulement elle n'empêche pas l'usage du chloroforme dans la seconde période, mais qu'il en faut une moindre quantité, ce qui permet de plus d'en régulariser plus facilement l'effet désiré.

En un mot je suis porté à considérer le chloral comme un auxiliaire puissant dans l'obstétrique, et je suis convaincu qu'on en fera bientôt un usage beaucoup plus fréquent. Jusqu'à présent, dans ma pratique je n'ai jamais remarqué le moindre symptôme qui pût me porter à croire qu'il eut causé quelque mauvais effet et j'ai vu plusieurs femmes dormir tranquillement pendant tout le travail, sans accuser une

grande douleur, ou demander le chloroforme, femmes qui sous toute autre circonstance, auraient supplié pour qu'on cherchât à leur procurer du soulagement.

En terminant cet article sur l'anesthésie obstétricale, je ne dois pas oublier de rappeler au lecteur la tendance du chloroforme à amener le relâchement de la fibre musculaire utérine, et par conséquent le prévenir de se mettre en garde contre une hémorrhagie après l'accouchement, si le chloroforme a été employé en assez grande quantité. Le Dr. Tanssem pour prévenir cet effet recommande d'ajouter un tiers d'alcool absolu au chloroforme, ce qui rend ses effets stimulants et diminue par conséquent sa tendance à amener le relâchement.

On peut encore administrer l'ergot au moment où le travail est sur le point de se terminer, ou immédiatement après.

#### PRECAUTIONS A PRENDRE DANS LA CHLOROFORMISATION.

Employer toujours du chloroforme qui n'ait pas été exposé à la lumière, car celle-ci lui fait subir une altération assez profonde pour que son usage devienne dangereux ; ne pas faire respirer les vapeurs anesthésiques pures, mais permettre à l'oxygène de l'air de pénétrer en quantité suffisante dans le poumon, pour que l'hématose ne soit pas suspendue.

Deux autres règles, non moins importantes à suivre, consistent, l'une, à ne faire respirer les vapeurs anesthésiques *que dans le décubitus horizontal* ; l'autre, à ne pas avoir recours *aux inhalations si les malades ont mangé.*

Les quelques morts subites survenues pendant l'éthérisation se rapportent pour la plupart à des cas où ces inhalations avaient été faites dans la position verticale ou assise, ou dans l'état de réplétion de l'estomac.

Les effets des agents anesthésiques doivent être surveillés et suivis avec soin pendant toute la durée de leur action. Il est prudent, pendant l'éthérisation, d'explorer soi-même ou de faire explorer le pouls par un aide. Si l'on remarque un affaiblissement et un ralentissement notables, il faut en interrompre immédiatement l'administration. On peut suivre aussi les progrès de l'éthérisation sur les traits du visage. Voit-on la face pâlir ou se décomposer, il faut arrêter les inhalations. Pour l'état de faiblesse qui peut succéder à l'éthérisation, baisser la tête de la malade, ventiler sa figure, lui donner des stimulents, aérer l'appartement.

## MONSTRUOSITÉS.

Montréal a vu trois monstruosités dans le cours de l'année qui vient de s'écouler ! Nous donnons l'histoire de chacune de ces anomalies, en particulier, la faisant précéder d'extraits du traité de Tératologie par M. Isid. Geoffroy Saint Hilaire, pour mieux faire comprendre les cas rapportés, et en faire ressortir d'avantage, les véritables caractères. On verra donc par là que la science a déjà depuis longtemps fait des recherches et établi la classification, le genre, l'influence physiologique et pathologique, les rapports généraux de ces vices de conformation dont elle a constaté les principales causes. D'après l'observation jusqu'à ce jour, ces causes sont : outre l'hérédité, une maladie survenue chez la mère, une violence exercées sur elle, principalement sur son abdomen, une chute ou une commotion physique éprouvée par elle, enfin l'influence d'une impression vive ou prolongée de son moral dans les premiers mois de la grossesse.

Aussi l'hygiène défend-elle aux femmes enceintes l'approche et la vue de tout objet hideux, dégoûtant ou même simplement d'un aspect très désagréable. Tour à tour admise, rejetée et rétablie dans la science, consacrée de tout temps par les croyances populaires, cette règle n'est au fond qu'un reste des vieux préjugés de nos pères, mais un reste qui semble devoir être respecté. Car on sait, et les exemples ne sont malheureusement qu'en trop grand nombre, combien la vivacité et la durée des impressions pendant la grossesse, se mesurent peu sur l'importance réelle des causes qui les produisent. La seule vue d'un objet dégoûtant ou hideux, sur lequel s'arrêterait à peine quelques instants la pensée d'une femme jouissant de son calme et de sa santé ordinaires, suffit quelquefois pour laisser des traces profondes dans l'imagination d'une femme enceinte ; et dès lors elle peut devenir dangereuse, l'impression produite étant chaque jour renouvelée et comme ravivée par le souvenir. Le danger est surtout très réel, si la mère vient à se frapper de craintes sur cette obsession presque continuelle d'un objet hideux, si elle se figure qu'il doit imprimer son affreuse ressemblance à l'enfant qu'elle porte dans son sein, et malheureusement, sous l'influence de préjugés encore pleins de force et de vie, cette idée ne pourra pas manquer de venir mettre le comble à un trouble d'esprit, qui, s'il se prolonge, réagira sur la santé de la mère, et par suite, sur le développement lui-même du fœtus.

C'est ainsi qu'une cause tout à fait indifférente, et sans nulle puissance par elle même, grandit et devient redoutable

pour un esprit disposé à l'avance à plier sous elle par sa faiblesse propre et par les préjugés qui l'obsèdent : c'est ainsi que le danger, s'il en existe après une impression reçue par une femme enceinte, n'est créé que par son imagination même. Si donc il est prudent, suivant le précepte ancien, d'éviter pendant la grossesse la vue de tout objet d'un aspect désagréable, ce n'est là qu'une précaution insuffisante et d'un ordre tout à fait secondaire. Le véritable moyen de prévention, il faut le chercher plus haut, dans un progrès de la raison publique qu'il n'est donné à personne d'effectuer, mais qu'il nous est donné à tous de hâter par le concours de nos vœux et de nos efforts. Faire passer dans les croyances populaires la conviction qu'une impression reçue par les femmes enceintes n'a d'importance que celle qu'elles lui donnent elles-mêmes ; rendre évidente à toutes les femmes l'absurdité de préjugés au joug desquels un si petit nombre savent échapper aujourd'hui ; prévenir ainsi des craintes qui sont par elles-mêmes des souffrances, et qui en engendrent d'autres plus graves encore ; tel est le seul moyen vraiment efficace de prévention, car c'est le seul qui pare directement à la cause du mal.

## MONSTRES EXENCÉPHALIENS.

### GENRE NOTENCÉPHALE.

Les notencéphales forment un groupe très naturel et très bien déterminé. Leur encéphale, de volume ordinaire, est placé, presque tout entier, non dans la boîte cérébrale, mais en dehors et en arrière d'elle, et se présente en dehors sous la forme d'une tumeur considérable placée derrière l'occiput, le col et la portion postérieure du dos, qu'elle couvre sans y adhérer. Cette tumeur est d'autant plus volumineuse qu'elle renferme, outre l'encéphale, une quantité quelquefois considérable, de sérosité. Elle est comprise dans une expansion, en forme de bourse, des téguments communs qui conservent, surtout dans le voisinage de l'occiput, la plupart de leurs caractères normaux, mais qui s'amaïncissent en raison de leur extension et peuvent même devenir transparents.

La composition et la forme du crâne sont nécessairement modifiées avec le cerveau dans la notencéphalie. La boîte cérébrale, n'ayant plus à contenir qu'une faible partie de l'encéphale, offre une capacité beaucoup moindre, et le crâne, au lieu d'être globuleux, est considérablement déprimé. Les frontaux et les pariétaux, bien loin d'être bombés comme dans l'état normal, sont aplatis. Le front ne fait pas plus de saillie que chez les mammifères inférieurs, et le sommet de

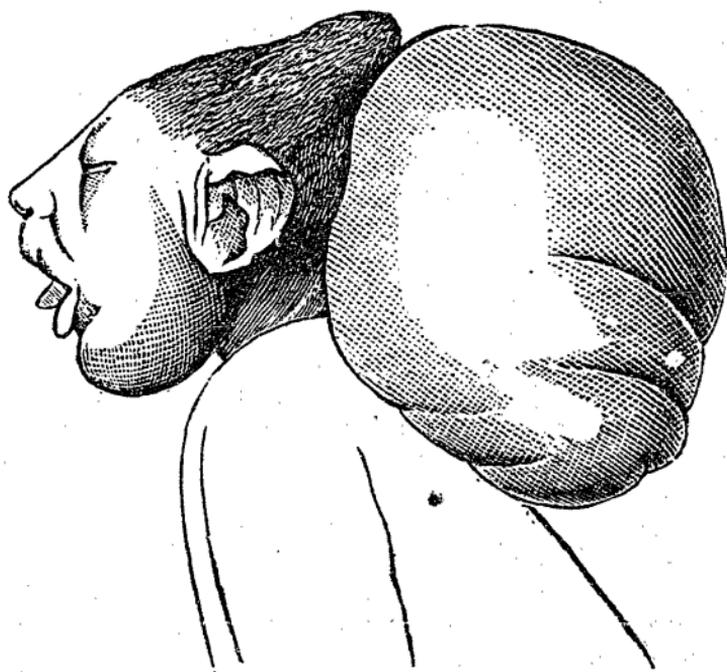
la tête ne s'élève que très peu au-dessus des bords supérieurs des orbites. Mais c'est surtout la région occipitale qui s'éloigne, par de graves modifications, du type normal. Les occipitaux latéraux sont un peu moins étendus qu'à l'ordinaire ; en outre, dans leur portion postérieure surtout, ils s'écartent d'avantage l'un de l'autre. Les occipitaux supérieurs présentent des anomalies analogues, mais portées au plus haut degré ; déjà très écartés et très peu larges inférieurement, ils ne sont plus supérieurement que de petites et minces languettes qui s'articulent avec le bord postérieur des pariétaux. Par cette atrophie de la plus grande partie des sur-occipitaux la paroi postérieure du crâne manque presque entièrement, et se trouve remplacée par une large ouverture qui, limitée par les divers os élémentaires dont la réunion constitue chez l'adulte l'occipital unique, est comparable au trou occipital, considérablement agrandi.

Cette déformation très remarquable, cette atrophie partielle du crâne, n'est pas sans influence sur la face elle-même qui, à l'examiner attentivement, est sensiblement plus oblique que dans l'état normal. Cette déviation est surtout bien manifeste pour la région oculaire ; les bords supérieurs des orbites sont beaucoup plus reculés que les bords inférieurs, et l'on conçoit en effet très bien comment le défaut de saillie du front doit réagir sur la disposition des yeux, la région sur-orbitaire faisant aussi partie de l'os coronal.

Quant au corps et aux membres, ils peuvent être exempts de toute déformation ; et c'est même ce qui a lieu le plus souvent. Mais il est aussi des cas dans lesquels on a vu la notencéphalie compliquée de diverses anomalies parmi lesquelles on peut citer comme les plus fréquentes l'exomphale et la torsion des membres abdominaux. Sans être aussi rare que la plupart des genres de la même famille, la notencéphalie l'est encore assez pour que les annales de la science en fassent connaître à peine quelques exemples suffisamment authentiques, et surtout quelques observations détaillées et précises. Aussi existe-t-il dans l'histoire de cette monstruosité d'importantes lacunes que les recherches ultérieures des tératologues pourront seuls remplir. La fréquence relative des cas où la naissance a lieu, si ce n'est tout à fait à terme, au moins dans le cours du neuvième mois, et la possibilité que la vie se prolonge au moins pendant plusieurs heures : tels sont, dans l'état actuel de la science, les seuls résultats que je crois pouvoir présenter avec quelque certitude sur les circonstances de la naissance et de la débile existence des notencéphales.

MONSTRE EXENCÉPHALIEN.

GENRE 1. NOTENCEPHALE.



MARIE-ANNE-JULIETTE

NÉE A MONTRÉAL LE 11 AOUT 1829

Province de Québec, Canada.

## CAS DE NOTENCÉPHALIE,

RAPPORTÉ PAR M. A. FOUCHER B. M. V.

Un heureux hasard m'a fourni l'occasion d'observer, chez un enfant, pendant le cours des vacances dernières, dans la pratique privée d'un professeur de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, une tumeur congénitale, d'un volume considérable, ayant son siège à l'occiput et s'accompagnant d'une difformité de quelques organes. Les monstruosités ayant de tout temps vivement excité l'attention par le mystère qui enveloppe en partie leur développement et les explications empreintes d'idées absurdes que l'ignorance et la superstition ont perpétuées, j'ai cru pouvoir vous intéresser en venant vous rapporter ce cas de notencéphalie, dans la production de laquelle l'imagination de la mère a paru jouer un rôle important. Marie-Anne-Juliette, enfant de N..... est venue au monde dans la nuit du 10 au 11 Août dernier, après un travail ordinaire, dont la durée et l'intensité des douleurs n'ont pas excédé l'état normal chez la généralité des multipares. Le médecin appelé auprès de la malade reçut un enfant à terme portant une tumeur dans la région occipitale. Elle était de forme arrondie, lissée, inégale, et mesurait au début, 13 pouces de circonférence sur à peu près  $2\frac{1}{2}$  pouces de diamètre dans le sens horizontal et 4 pouces dans le sens vertical. Cette tumeur était plutôt molle que dure, pédiculée, et présentait presque le volume de la tête de l'enfant. Au-dessus la peau n'offrait rien de particulier, si ce n'est une légère arborisation vasculaire et quelques cheveux épars disséminés à la périphérie. On ne constata aucune transparence, aucun battement artériel, seulement, une assez grande augmentation de tension lorsque l'enfant criait. La pression sur les parties latérales déterminait des mouvements convulsifs des extrémités ainsi qu'un strabisme convergent des deux yeux. L'os frontal était difformé au point de ne laisser aucune trace du front; il y avait pied bot talus, à gauche et une contraction permanente des doigts et des orteils ainsi qu'une flexion de l'avant bras sur le bras. Le deuxième orteil du pied gauche était projeté au-dessous des autres et entièrement recouvert par eux.

L'ombilic, au lieu d'être dans la région à laquelle il donne son nom, s'implantait à peu de hauteur du pubis. L'enfant indiqua à sa naissance un assez bon état de santé; mais ceci ne dura pas longtemps, dès le second jour, des symptômes inflammatoires se déclarèrent; la peau devint chaude, le pouls d'une fréquence extrême, la pupille se contracta, des mouvements convulsifs firent apparition en se répétant à

de courts intervalles, surtout sous l'influence du bruit. Dès lors l'enfant commença à rejeter toute substance alimentaire à passer des selles fréquentes et infectes; la peau devint jaune ainsi que les sclérotiques. Dès le début de l'inflammation la tumeur changea d'aspect, elle diminua de volume, prit une coloration ardoisée, sa surface parut ridée et parsemée de points blancs. La main appliquée dessus ressentait une vive chaleur et déterminait des convulsions. Ces symptômes s'accrurent de jour en jour jusque vers le huitième où la chaleur laissa peu à peu les membres, la respiration devint difficile, l'écume bronchique apparut à la bouche, les pupilles se dilatèrent et la mort vint terminer une longue agonie : l'enfant avait succombé à une méningo encéphalite, terminaison ordinaire et inévitable de l'hydrencéphalocèle. L'autopsie nous fit constater dans la tumeur la présence d'exudats fibrineux des méninges, et d'une portion considérable du cerveau; de plus, l'os occipital présentait, au niveau du pressoir d'Hérophile, une ouverture de la grandeur d'une pièce de vingt-cinq centins faisant communiquer le contenu de la tumeur avec la cavité crânienne. Les circonvolutions cérébrales n'étaient ni effacées ni dépliées, il n'y avait pas fusion des hémisphères. Nous n'avons pu constater si le corps strié, les couches optiques et les commissures étaient détruites. La substance cérébrale était fortement congestionnée. Il résulte de cet examen une confirmation du genre de mort qui a emporté l'enfant et du diagnostic préalablement établi.

L'Hydrencéphalocèle est donc la hernie du cerveau et de ses membranes. Elle est due à l'hydropisie d'une portion limitée des ventricules ou de leur prolongement. Elle constitue une tumeur molle fluctuante ayant le volume du poing d'un adulte mais pouvant atteindre la grosseur d'une tête de fœtus à terme. Quelques jours après la naissance quand la résorption a commencé à se faire, elle devint bilobée, bosselée éraillée, rougeâtre, variqueuse, ridée, rugueuse et flétrie. Ce phénomène est dû à la disparition du liquide contenu dans le sac, qui permet à la tumeur de revenir sur elle-même et de se mouler en quelque sorte sur la partie herniée de l'encéphale. Les signes fournis par la compression sont des accidents cérébraux, tels que soubresauts et convulsions, ils sont rarement défaut. Le fait est facile à concevoir, si l'on considère combien la substance cérébrale est peu protégée par les seuls téguments de la peau et des méninges. Aussi la mort est-elle la terminaison ordinaire de cette tumeur et ce dans un espace de temps très court. Sous l'influence de tiraillements déterminés par un poids excessif, les méninges

s'enflamment ainsi que le cerveau et l'on constate la série de symptômes que nous avons rencontrés dans le cas que je mentionne. Quoiqu'il en soit de la gravité du pronostic de l'hydrencéphalocèle ou notencéphalie, on a cité des cas où des enfants ont pu atteindre un bon nombre d'années. Guyerot dans ses mémoires de l'Académie de Médecine en mentionne un qui a vécu jusqu'à trente ans. Lallemand en a opéré un cas qui datait de vingt trois ans, à l'hospice de la Salpêtrière. Wedmeyer, Adams et quelques autres auteurs citent aussi des exceptions. Dans le but de prolonger la vie, on a dans ces cas préconisé plusieurs traitements ; mais, tour à tour le séton, la compression, l'incision, la cautérisation ont été convaincus d'impuissance. Prise dans son ensemble l'hydrencéphalocèle est composée de plusieurs couches, 1<sup>o</sup> la peau et tous les éléments constitutifs du derme, 2<sup>o</sup> l'oponévrose épicroténienne, 3<sup>o</sup> le tissu cellulaire sous cutané, 4<sup>o</sup> la dure mère, 5<sup>o</sup> l'arachnoïde, 6<sup>o</sup> une quantité plus ou moins grande de sérosité baignant la substance cérébrale. Quelques fois il arrive que la dure mère éraillée laisse passer l'encéphale sans le précéder ni le suivre dans ce cas la peau et le péricrâne constituent les seules enveloppes de la hernie. Le siège le plus constant de cette tumeur est à la région occipitale, elle apparaît aussi à d'autres endroits. Niémeyer parle d'une de ces tumeurs placée à la racine du nez et tombant sur la face entraînée par son propre poids. Dupuytren en a constaté une qui descendait des fosses nasales. La sortie des méninges et du cerveau ne s'effectue pas au niveau des sutures. Adam cite, comme un cas exceptionnel, un enfant porteur d'une hernie cérébrale s'étant fait jour par le trou occipital agrandi.

Pendant le cours de la gestation la mère a été prise d'une peur continuelle pour les rats. Elle en voyait partout dans son imagination, et quand elle en voyait réellement, elle ne pouvait détacher ses yeux de sur eux, et pleurait même, si on venait la soustraire à sa curiosité, souvent je lui ai entendu faire la remarque que son enfant aurait l'apparence d'un rat. Curieuse et surprenante coïncidence, l'enfant présentait à la naissance plusieurs traits de ressemblance avec cet animal. La malformation de l'os frontal, causée par la fuite du cerveau en arrière, permettait de descendre en ligne droite du sommet de la tête jusqu'au bout du nez ; les yeux saillants vifs, taillées en amande, les oreilles petites et projetées en arrière faisaient involontairement penser au rat. Le cri de l'enfant n'était pas non plus un cri ordinaire, il était perçant saccadé et ne ressemblait nullement au cri des enfants de son âge. La mère n'a reçu aucun coup sur

l'abdomen, n'a fait aucune chute, elle avait un jeune enfant qu'elle prenait très peu souvent sur elle, mais la mère douée d'un tempérament très nerveux est très impressionnable, elle est âgée de 24 ans et en était à son dixième enfant.

## MONSTRES DOUBLES MONOMPHALIENS

### GENRE 1. ISCHIOPAGE.

Le genre, établi d'abord sous le nom d'Ischiadelphie, par M. Dubreuil, est caractérisé par la réunion pelvienne de deux individus à ombilic commun, placés bout-à-bout, et dans une position similaire, c'est-à-dire la face tournée du même côté. Un ischiopage est ainsi un être double, de forme très allongée, terminé à chacune de ses extrémités par un thorax, deux membres thoraciques, un cou, une tête et présentant dans la portion moyenne un double abdomen, de doubles membres abdominaux, et, tout-à-fait au centre, l'ombilic commun.

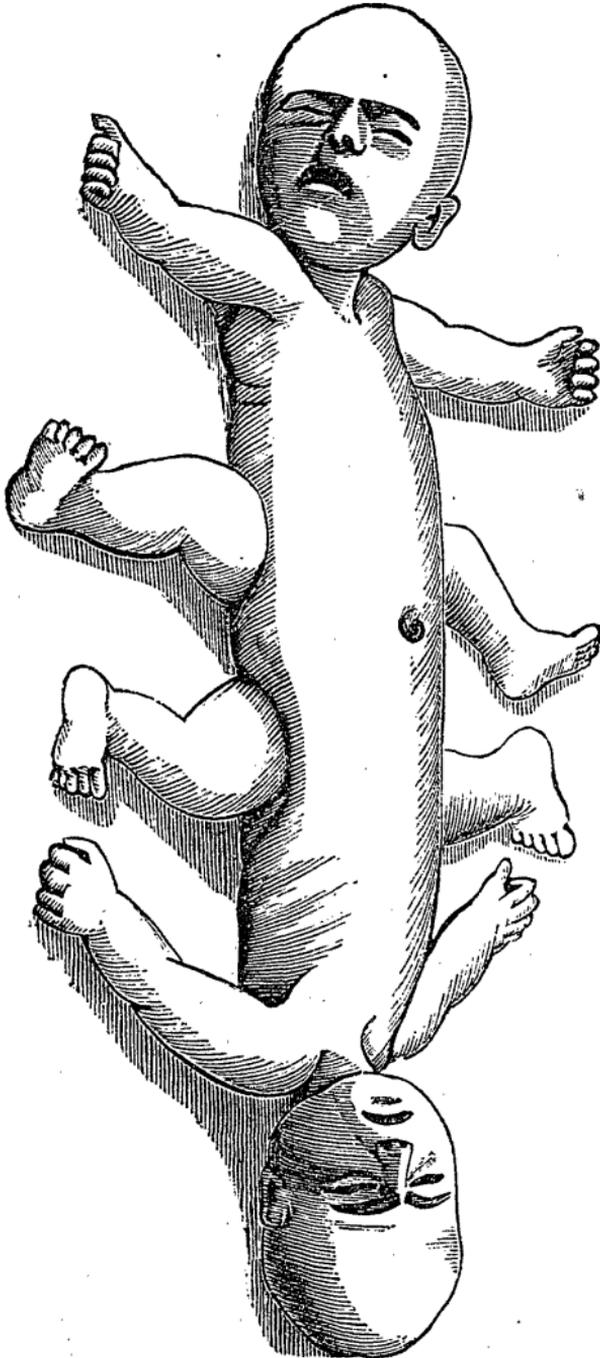
L'ischiopagie entraîne toujours avec elle des modifications beaucoup plus nombreuses dans la structure des organes internes; et l'union qui la caractérise, s'étendant jusqu'aux ombilics eux-mêmes, toujours intimement confondus en un seul, ne peut être, sans une grave erreur, considérée comme restreinte aux parties extrêmes du corps.

A ne considérer que l'extérieur d'un ischiopage, on pourrait croire au premier aspect que les deux bassins sont placés l'un à la suite de l'autre, et unis entre eux bord-à-bord par leur portion inférieure. Mais un examen quelque peu attentif de la région pelvienne suffit pour démontrer qu'il n'en est rien. Si les deux bassins étaient bout-à-bout, les deux appareils sexuels seraient aussi l'un à la suite de l'autre sur la ligne médiane du corps; un intervalle plus ou moins étendu les séparerait, et c'est dans cet intervalle que serait placé, aussi sur la ligne médiane, l'ombilic commun. Or, la disposition de la région pelvienne est beaucoup plus anormale.

L'observation montre, en effet, que les deux appareils sexuels externes sont placés tout à fait latéralement aux deux extrémités droite et gauche d'une ligne transversale, et l'ombilic commun, entre eux, précisément au point milieu de cette ligne, en d'autres termes, au point où cette ligne, qui n'est autre chose que l'axe d'union, rencontre les axes individuels ou axes vertébraux de chacun des sujets composants. On voit en outre, que, de même qu'il y a deux appareils sexuels, l'un droit, l'autre gauche, il y a deux paires de membres, rejetées aussi tout à fait latéralement, dont chacune est formée du

MONSTRES DOUBLES MONOMPHALIENS.

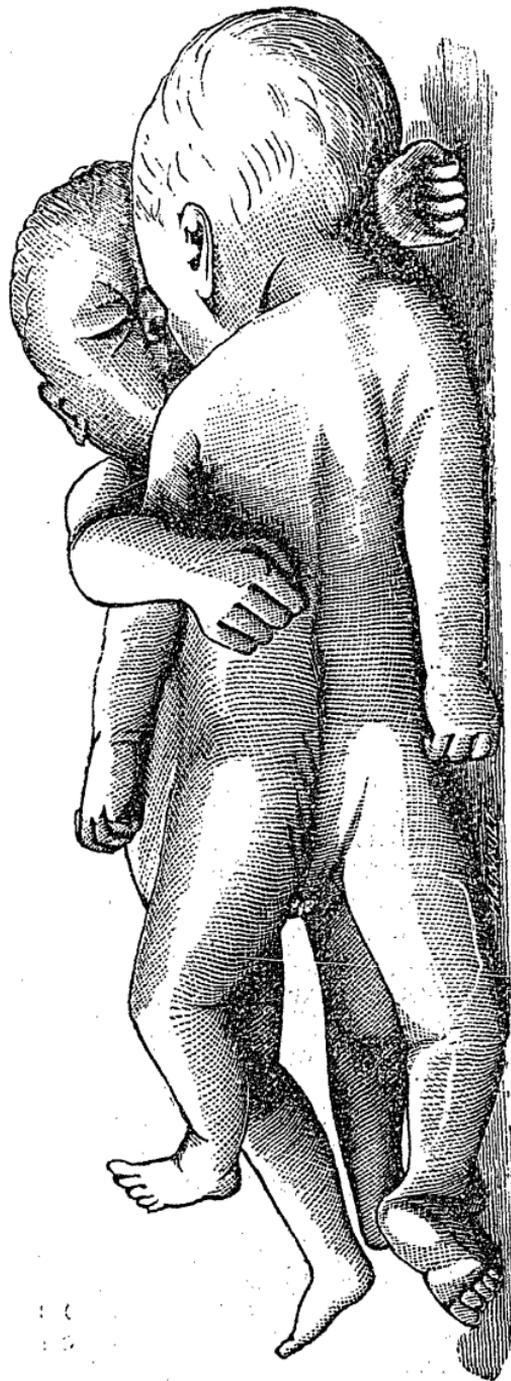
GENRE I. ISCHIOPAGE.



NÉS AU COTEAU ST. LOUIS, MONTRÉAL

LE 20 MARS 1878.

Province de Québec, Canada.



Les mêmes que dans la planche II, à peu près tels que superposés dans l'utérus. moins la position des extrémités inférieures.

membre droit de l'un des sujets composants, et du gauche de l'autre. Enfin il suffit de donner quelque attention à l'examen des conditions extérieures pour reconnaître que, sur chacun des côtés du corps commun, l'appareil sexuel et la paire de membres qui s'y trouvent rejetés, offrent, par rapport à l'axe d'union, une disposition régulière, symétrique, et tout-à-fait semblable à celle des membres abdominaux, et de l'appareil sexuel d'un individu normal, par rapport à sa ligne médiane.

La composition de la région pelvienne chez les ischiopages, tout en restant en elle-même très-régulière, s'écarte donc du type normal par des modifications graves, complexes, et dont il semble au premier aspect très-difficile de se rendre compte. Essayons cependant de le faire, d'abord, s'il se peut, avec le seul secours des considérations que peut nous fournir l'examen extérieur ; puis, comme l'ont déjà fait plusieurs auteurs, en mettant à profit les notions anatomiques que la science possède sur les ischiopages. L'axe d'union, ai-je dit, a la même disposition par rapport aux deux appareils sexuels latéraux, que la ligne médiane chez un sujet normal par rapport à son appareil sexuel unique : en d'autres termes, chacun des appareils sexuels d'un ischiopage est divisé, par l'axe d'union, en deux moitiés similaires.

Or, si l'axe d'union est réellement l'axe suivant lequel se joignent les deux sujets composants ; s'il indique la véritable limite de l'un et de l'autre, il suit de là que cette limite tombe précisément sur le milieu de ces appareils, et on sera conduit à les regarder comme mixtes et fournis par moitié, malgré la régularité de leur conformation, par chacun des composants. Cette conséquence singulière est confirmée par la disposition extérieure des deux appareils placés l'un et l'autre entre deux membres abdominaux appartenant évidemment à des sujets différents : mais elle va être encore mieux démontrée et même étendue par l'examen des organes internes. Cet examen va me conduire, en effet, à des résultats remarquables, que j'énoncerai à l'avance, afin de jeter plus de clarté sur les détails qui vont suivre, en les rattachant à leur principe.

Tout organe, tout appareil médian et unique peut être divisé par la pensée, comme il l'est primitivement dans la réalité, en deux moitiés, en deux demi-organes ou demi-appareils similaires et latéraux, droit et gauche ; d'où l'on peut dire que la région pelvienne, chez un être double, se compose de quatre demi-appareils sexuels, de quatre demi-appareils urinaires, de quatre demi-bassins, dont deux droits et deux gauches.

Or, voici quelle est leur disposition générale chez un ischiopage : dans la portion antérieure de la région pelvienne,

portion où l'union est surtout intime, chaque demi-appareil droit, au lieu de venir, comme dans l'état normal, s'unir sur la ligne médiane avec le demi-appareil gauche du même sujet est rejeté latéralement, et vient s'unir avec le demi-appareil gauche de l'autre sujet, pareillement rejeté sur le côté, et se rencontre toujours avec lui par les faces homologues.

Telle est la disposition très remarquable que vont nous présenter, dans leur portion antérieure, tous les appareils de la région pelvienne. Ainsi, en premier lieu, les bassins, à peu près normaux en arrière, sont largement ouverts en avant, et les deux pubis de chaque sujet, rejetés tout-à-fait latéralement, au lieu de s'unir entre eux sur la ligne médiane, vont se rejoindre à droite et à gauche avec ceux de l'autre sujet. De là deux symphises pubiennes disposées à les voir seulement en elles-mêmes, à peu-près comme dans l'état normal, mais placées l'une à droite et l'autre à gauche, et résultant de l'association d'éléments fournis pour moitié par chacun des individus composants. De là aussi l'existence, non de deux bassins, mais bien d'un seul et unique bassin, à la vérité très-vaste et composé de doubles matériaux.

Cette association, ce mélange des deux bassins, entraîne nécessairement de semblables anomalies dans la composition des appareils intrapelviens. De même qu'il existe deux symphises pubiennes, l'une droite, l'autre gauche, il existe deux vessies latérales, le plus souvent unies et communiquant entre elles plus ou moins largement. L'une et l'autre appartiennent pour moitié aux deux sujets composants, chacune des demi-symphises ayant été suivie de la demi-vessie qui lui correspond normalement, et de même que l'urètre qui appartient à cette demi-vessie; en effet, chaque vessie reçoit, comme à l'ordinaire, deux urètres, mais l'un et l'autre ne viennent point du même sujet. L'appareil sexuel présente des modifications analogues. Sa portion antérieure se divise dans chaque sujet en deux moitiés, dont chacune suit le pubis de son côté, et va de même s'associer à une moitié analogue fournie par l'autre sujet. Voici donc encore un appareil mixte et appartenant, par portions égales, à deux individus différents.

Quant aux organes qui, dans l'état normal, occupent la partie postérieure de la cavité pelvienne, ils ne présentent rien de semblable à la disposition des parties extérieures, mais éprouvent aussi quelques modifications. Les deux intestins, plus courts que dans l'état normal, se réunissent en un rectum commun qui s'ouvre ordinairement à l'extérieur, sur la ligne d'union des faces postérieures de l'un et de l'autre

sujet, mais quelquefois aussi, quand les deux vessies sont jointes, dans la poche commune qui résulte de leur réunion. La disposition de la veine ombilicale ne présente rien de particulier dans chaque sujet, si ce n'est qu'elle parcourt intérieurement un plus long trajet, l'ombilic commun se trouvant plus éloigné du foie que chez les sujets normaux. Quant aux artères ombilicales, il n'en existe ordinairement que trois, ou même que deux, placées d'abord, dans la plupart des cas, aux deux côtés de la double vessie, et de là, suivant la disposition accoutumée, se portant à l'ombilic commun.

Tels sont les caractères généraux avec lesquels les ischiopages se présentent ordinairement à l'observation : telle est l'ischiopagie considérée en elle-même, et abstraction faite des anomalies diverses qui peuvent venir la compliquer.

## CAS D'ISCHIOPAGIE

RAPPORTE PAR

THIS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M.D.

Professeur de Chimie et de Clinique Obstétricale à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, Université Victoria.

Le 20 mars 1878 je fus appelé vers 6hrs. p.m., au Coteau St. Louis, par E. G., pour sa femme C.C., âgée de vingt ans. En arrivant je fus surpris de l'apparence de la malade ; elle était debout, marchait toute penchée en avant, se plaignant continuellement, indifférente à tout ce qui se passait autour d'elle, ne répondant à aucune question, mais ses souffrances ne paraissaient nullement avoir le caractère ordinaire de celles de l'accouchement. Néanmoins on m'assura qu'elle était parvenue au terme de sa grossesse, que les membranes étaient déjà rompues, mais qu'il s'était écoulé peu d'eau. Enfin je parvins à l'aide des assistants à faire placer la malade sur son lit et je remarquai en même temps que le développement de l'abdomen avait aussi quelque chose de singulier dans sa conformation ; pour me faire mieux comprendre qu'il me soit permis de dire que le ventre avait à peu près la forme qu'aurait pu lui donner un corps étroit, très épais contenu dans sa cavité, mais d'une longueur qui aurait occupé tout l'espace entre le cartilage ensiforme et les os du pubis, et que la saillie de cette protubérance, étroite comparativement pour la circonstance, allait toujours croissant en descendant vers ces derniers. Après avoir fait rapidement toutes ces observations, je m'empressai de pratiquer le toucher du moment que la femme fut couchée.

Les membranes étaient bien rompues, le col déjà parfaitement dilaté, mais quelle était la présentation ? Ce n'était pas la tête, il n'y avait pas de fontanelles, je ne sentais pas cette convexité uniforme qu'elle présente au doigt, il y avait de plus au milieu de la partie que j'explorais, qui était dure et inégale, une partie molle comme un pénis d'enfant, mais il n'y avait pas de scrotum. D'ailleurs si c'était le siège qui se présentait il ne s'échappait pas de méconium et ce n'était pas non plus la grosseur et la conformation du siège. Montant plus haut je saisis un membre que j'amenai au dehors, c'était une jambe, mais elle avait quelque chose d'anormal, elle n'était pas droite et bien flexible dans ses articulations ; je fis des tractions sur elle, espérant terminer l'accouchement, mais le siège qui était réellement la partie qui se présentait, puisque c'est en contournant cette dernière que j'avais pu suivre la cuisse et faire sortir le pied ; mais le siège n'obéissant pas, malgré les souffrances de la femme qui restaient toujours les mêmes, c'est-à-dire continues sans aucun effort d'expulsion, j'allai chercher l'autre pied : j'avais bien alors une paire d'extrémités inférieures, chacune d'elles le gros orteil en dedans, mais elles étaient éloignées l'une de l'autre et présentaient quelque chose d'anormal mais d'insaisissable, et malgré de nouvelles tractions l'accouchement n'avancait pas. Alors promenant la main tout autour du siège je trouvai qu'il y avait encore deux membres qui en projetaient et après beaucoup de peines, m'aidant du crochet je réussis à les amener au dehors, c'était encore une paire d'extrémités entièrement semblables aux premières. Alors empoignant ces quatre membres inférieurs à la fois, avec beaucoup d'efforts je parvins enfin à faire sortir ce gros siège ; entre les quatre cuisses qui en projetaient était un pénis par lequel s'échappait dans ce moment même un petit jet d'urine : il n'y avait pas d'anus, ce que m'expliqua ce manque de méconium dont l'issu est toujours si désagréable mais en même temps si caractéristique de la présentation du siège. La nature étant toujours incapable non seulement de faire son œuvre, mais se refusant même d'y concourir, je continuai mes tractions ; et ce fut difficilement même que je pus faire sortir le tronc, ou plutôt les deux troncs, car j'avais affaire à un monstre double accolé par les bassins, jusqu'à l'ombilic, en conséquence, j'avais à les extraire simultanément pressés l'un sur l'autre et ventre à ventre. Ce que je pus constater à l'instant même par une espèce de fissure longitudinale à l'abdomen, qui partait de l'ombilic et se propageait en montant. J'explorai cette fissure à travers laquelle je passai la main et même une serviette pour

m'aider dans mes manœuvres, Enfin rendu aux épaules, il me fallut encore avec le crochet aller chercher chacun des quatre bras. Epuisé, me reposant un instant et comme j'étais à me demander quelles nouvelles difficultés j'allais avoir pour sortir les deux têtes, tout en tenant à pleine mains les extrémités inférieures, comme dans les cas ordinaires, pour faciliter l'issue de la tête, à ma grande satisfaction je vis se dégager une tête, puis immédiatement l'autre.

Alors je déposai l'enfant, ou plutôt les jumeaux sur une table. Couchés sur le dos, tous deux avaient la face tournée en l'air ; ils présentaient l'apparence de deux enfants se faisant suite l'un à l'autre, sur une ligne droite, accolés par leur bassin avec un double abdomen, de doubles membres abdominaux dans la portion moyenne, et tout à fait au centre un ombilic commun, avec un thorax, deux bras, un cou, une tête à chaque extrémité. La fusion qui commençait à l'ombilic se propageait dans toute la partie sous-ombilicale et pelvienne.

C'est ici qu'était principalement l'anomalie, l'enfant double, dans la position que je viens de mentionner, présentait de chaque côté et parallèlement avec les bras étendus en croix, une paire d'extrémités inférieures, dont une appartenait à chacun des enfants, ce qui plaçait le pubis sur les cotés. En arrière on apercevait, entre les quatre cuisses, les rudiments sans saillie d'un scrotum longitudinal placé transversalement par rapport à l'épine dorsale avec un petit pénis au milieu. Il n'y avait point d'anus. On pouvait encore attribuer à chaque enfant une paire d'extrémités inférieures lui faisant suite longitudinalement, mais il y avait une d'elles qui appartenait encore à l'autre et réciproquement pour l'autre jumeau. C'était donc un monstre double, un ischio-page que j'avais rencontré ; la position des deux enfants, superposés ventre à ventre, m'expliquait maintenant la conformation singulière de la mère. L'anomalie du bassin, qui suivant les données de la tératologie s'était présenté le premier, me permettait aussi de me rendre compte de mon embarras pour reconnaître la présentation, de même que l'absence de l'anus me rendait raison de ce manque de méconium qui, à lui seul, aurait suffi pour me la faire constater.

Quand on se rappellera la longueur du temps que prend généralement pour se faire l'accouchement naturel par le siège, ou même celui pour un enfant d'un certain volume, on ne sera pas surpris de la difficulté que j'ai éprouvée chez une petite femme, à son second enfant seulement, pour faire passer simultanément par son bassin et sa vulve deux enfants

de grosseur ordinaire (d'un poids de près de quatorze livres constaté avec la balance) accolés et face à face dans toute leur longueur. Ces deux enfants pouvaient encore outre leur première position décrite, c'est-à-dire celle de présenter deux corps semblant se faire suite l'un à l'autre à partir du bassin avec une tête à chaque extrémité, ces deux enfants dis-je, en relevant leur tête à chaque bout, pouvaient donc être placés encore debout et face à face, ou couchés de même. Les planches ci-contre, données d'après des photographies que j'ai fait prendre dans le temps par notre habile artiste M. O. Desmarais, les représentent dans ces deux positions.

Ces deux enfants n'ont présenté aucun signe de vie ; ils ont dû nécessairement périr par asphyxie, conséquence inévitable de la pression du cordon, bien facile à comprendre dans cet accouchement. Leur autopsie faite en ma présence par M. le Dr. G. O. Beaudry, autrefois démonstrateur d'anatomie et maintenant Professeur de Physiologie à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, nous a démontré à tous deux, combien était exacte la description de l'ischiopagie donnée par M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire. Les petits intestins partant de chaque estomac mesuraient soixante pouces de long et se terminaient pour chaque enfant dans une espèce de poche commune triangulaire, dont les deux angles supérieurs sur une ligne horizontale recevaient de chaque côté l'extrémité de ces intestins, tandis que de l'angle inférieur partait un petit intestin commun, de quelques pouces encore de long, se continuant par un gros intestin de dix-huit pouces de longueur, se terminant en un cul de sac.

Il y avait quatre reins et deux vessies.

Cette jeune femme qui avait toujours joui d'une excellente santé, même dans sa première grossesse, eut beaucoup à souffrir dans sa dernière. Manque de sommeil, gêne continue à l'estomac, vomissements répétés, pesanteur, tension de l'abdomen, douleurs dans les cuisses et les jambes, tel fut le cortège de ses misères tout le temps de sa gestation.

Mon intervention active mit fin au travail qui durait déjà depuis près de cinq heures. Il se déclara ensuite une métroréperitonite qui céda après quelques jours aux applications térébinthinées sur l'abdomen, à l'emploi répété de doses de morphine, d'injections vaginales chaudes et mucilagineuses. Cette femme est encore enceinte, et n'a plus que quelques semaines pour arriver à terme, mais elle est bien portante.

---

Les monstres, dans les cas rares où ils peuvent s'élever et vivre, doivent-ils être assimilés légalement aux individus normaux ? Doivent-ils être baptisés et inscrits sur les registres de l'état civil ? Peut-il leur être permis de se marier ? Sont-ils aptes à exercer les droits accordés aux autres hommes, par exemple à hériter ou à tester ? La loi n'ayant frappé les êtres anormaux d'aucune incapacité, toutes ces questions, dont quelques-unes, par exemple celles qui sont relatives au baptême, ont donné lieu à de si longues discussions autrefois, tombent et se réduisent à rien. Mais, par cela même, se présentent à l'égard des monstres composés, ces questions non moins importantes : Un être double devra-t-il être considéré comme un ou comme deux ? L'inscrira-t-on sous un nom ou sous deux noms sur les registres de l'état civil ? Héritera-t-il comme un ou comme deux ? Puis comment se mariera-t-il ? Comment s'exercera sur lui la vengeance des lois, si l'un des deux sujets composants vient à l'encourir ?

Sur ces questions, et sur vingt autres qu'on pourrait ajouter à leur suite, il y a peut-être matière pour des avocats à d'interminables discussions ; mais, pour qui possède les données scientifiques de leur solution, la plus importante de toutes est du moins très simple, et tellement que dans tous les pays où des monstres doubles ont vécu, le simple bon sens a presque toujours conduit à la résoudre de la même manière. Tout monstre double à deux têtes, qu'il ait ou non deux corps séparés, a été considéré comme *deux* ; tout monstre à une seule tête, qu'il ait ou non deux corps, comme *un seul* individu. Lorsqu'on recherche les motifs qui ont dicté dans tant de pays divers et à des hommes si inégalement instruits cette solution identique, on les trouve presque constamment dans les idées chrétiennes, et notamment dans le mode prescrit par nos rites pour l'administration du baptême. Rien n'était plus naturel, en effet, que l'idée de baptiser séparément les deux têtes, lorsqu'il en existait deux ; et rien aussi n'est plus rationnel et plus conforme aux données de l'observation, puisqu'avec deux têtes (1) on trouve constamment deux volontés, *deux individualités morales* ; avec une seule tête, une volonté unique, *une seule individualité morale*.

On peut même ajouter que toutes les données anatomiques tendent à justifier aussi cette solution déduite de considéra-

---

(1) Il faut dire toutefois, pour rendre cette assertion complètement exacte, deux têtes bien *développées*. La petite tête d'un hétéropage, d'un hétérodyme, d'un hypognate, d'un épicoque même, est toujours sans importance, et tout monstre parasitaire, quelque puisse être sa conformation, ne peut être assimilé moralement et légalement qu'à un être unitaire.

tion d'un autre ordre ; car avec une tête unique, il n'existe jamais, *parmi les monstres viables*, qu'un corps principal et vivant par lui-même, le second corps dans les cas même où il est le plus développé, étant très imparfait et seulement parasitique. D'un autre côté, on ne connaît aucun monstre viable dans les sycéphaliens, et je suis ainsi dispensé de m'arrêter devant les graves difficultés auxquelles donnerait nécessairement lieu la tête unique, mais composée, de ces monstres singuliers. La détermination de l'état civil d'un monstre double est donc, à bien dire, exempte de graves difficultés ; toutes les données présentement acquises à la science ne font que confirmer la règle admise depuis plusieurs siècles par les prêtres chrétiens, c'est-à-dire la *dualité* morale et légale des monstres à deux têtes, l'*unité* de ceux qui n'ont qu'une tête.

Les questions relatives à la susceptibilité, au droit de tester, à la plupart des autres droits civils, sont résolues par la solution même de la question principale. Quant à celles qui se rapportent aux peines afflictives que les lois peuvent avoir à infliger à l'un des individus composants (1), mais surtout celles qui sont relatives au mariage, je me tairai ici sur toutes les conséquences que pourrait entraîner l'indivisibilité des deux corps dans des actes où leur séparation semble une condition nécessaire.

Rappelons seulement que les conditions de la monstruosité composée ne se transmettent pas de génération en génération ; résultat important établi par plusieurs faits relatifs soit aux animaux, soit à l'homme même, et qui pourrait au moins rassurer la société sur une des conséquences fâcheuses de l'union d'un monstre double avec un autre individu, soit monstrueux comme lui, soit normal.

Lorsque chez un monstre double, un des sujets composants vient à être atteint d'une grave maladie, la santé de l'autre est bientôt troublée aussi, mais d'une manière moins grave ; en sorte qu'au bout de quelque temps, les deux jumeaux sont malades, l'un plus, l'autre moins. Mais là ne se borne pas l'influence qu'exercent l'une sur l'autre ces deux vies associées et pour ainsi dire solidaires. Le plus malade des deux sujets continue à agir sur l'autre, les liens vasculaires et nerveux qui les unissent ne permettent pas que l'un marche

---

(1) D'après l'écrivain Sauval, Hist. des antiq. de Paris, t. 11, p. 564, un monstre double tua un homme d'un coup de couteau dans le dix-septième siècle, et fut condamné à mort, mais non exécuté à cause de l'innocence de l'un des individus composants.

à la mort sans y traîner après lui son frère ; et si le premier succombe, ou même dans le commencement de son agonie, le second, dont l'état n'avait encore présenté que des symptômes peu alarmants, parfois même sans aucune gravité, expire tout à coup, ou tombe dans une faiblesse que la mort termine bientôt.

Cette influence funeste de l'un des sujets composants sur l'autre, facilement explicable par le mélange de leur sang et par les communications nerveuses qui existent entre tous deux, n'est attestée que d'une manière trop positive par l'observation, et il serait superflu d'insister sur elle pour la démontrer. Mais ces relations physiologiques sont-elles les seules à signaler ? Le moins malade des deux frères n'agit-il pas sur le plus malade, en même temps que celui-ci sur lui-même, mais en sens inverse ? En apportant continuellement dans les organes communs, en versant dans le torrent de deux circulations qui communiquent entre elles, des matériaux élaborés par des organes sains ou légèrement affectés, quand ceux de son frère sont déjà gravement attéris ; en préparant même, dans quelque cas, dans son estomac et dans son duodénum propres, un chyle qui parvient ensuite dans une cavité commune, n'exerce-t-il pas sur son frère une influence favorable, et ne tend-il pas à entraver, à diminuer au moins la puissance des causes pathologiques qui agissent sur celui-ci ? Les observations que possèdent la science, sont jusqu'à présent en trop petit nombre et trop peu précises, pour que leur comparaison puisse démontrer directement ces phénomènes, par leur nature même, si obscurs et si difficilement appréciables ; mais les seules données de la théorie suffisent pour en rendre l'existence presque incontestable. Comment, en effet, l'échange des matériaux que font entre eux les deux individus composants, en devenant funeste à celui qui reçoit dans ses organes sains des éléments viciés ou imparfaitement élaborés, pourrait-il n'être pas profitable à celui qui reçoit des matériaux sains et bien préparés dans ses organes incapables de les élaborer par eux-mêmes ?

---

## MONSTRES DOUBLES SYSOMIENS.

### GENRE 1. PSODYME.

Ce genre, le premier de la série des monstres doubles supérieurement, simples inférieurement, tient de très près aux monstres complètement doubles. La psodymie résulte en effet de la fusion seulement sous-ombilicale de deux sujets

dont les corps, entièrement séparés dans leur moitié supérieure, offrent même encore inférieurement des traces plus ou moins manifestes de duplicité. Ainsi, à l'extérieur, non seulement deux têtes, deux cous, deux paires d'extrémités, mais même, et c'est le caractère essentiel des spodymes par rapport aux autres sysomiens, deux poitrines complètes et entièrement séparées l'une de l'autre ; un abdomen double supérieurement, simple inférieurement, porté sur deux membres pelviens de conformation normale, auxquels s'ajoutent quelquefois en arrière, et sur l'axe d'union entre les deux corps, les rudiments d'un troisième membre : à l'intérieur, deux colonnes vertébrales distinctes jusque dans la région lombaire, où elles se confondent en une seule ; un seul bassin, sans connexion avec le troisième membre inséré, seulement par l'intermédiaire de ligaments, dans l'angle d'union des deux colonnes vertébrales ; par conséquent les viscères thoraciques tous doubles et indépendants d'un sujet à l'autre ; les viscères abdominaux, en partie doubles supérieurement, presque entièrement simples inférieurement : un seul appareil sexuel, un seul anus : telle est la conformation générale des psodymes.

De tels monstres, surtout lorsqu'il existe un troisième membre pelvien rudimentaire, sont manifestement voisins des ischiopages syméliens ; et l'on pourrait certes, sans commettre une erreur trop grave, confondre les uns avec les autres. Mais il y a cette différence caractéristique que l'union des deux sujets composants se fait dès la région lombaire chez les psodymes, et seulement dans la région pelvienne chez les ischiopages ; d'où l'existence d'un bassin simple et de conformation normale chez les premiers, unique aussi, mais composé de doubles matériaux chez les seconds.

Le résultat le plus curieux et le plus général qui résulte des observations qui ont été faites, c'est la similitude des phénomènes que présentent les monstres sysomiens et les monstres les plus complètement doubles. Sauf les parties médianes et communes du double corps, parties dont l'importance et le nombre se sont accrus de beaucoup, chacun des deux sujets composants a ses sensations, ses volontés, ses mouvements propres, séparés, indépendants, quelquefois directement contraires ; mais en même temps, plusieurs des fonctions vitales s'exécutent au profit commun de l'un et de l'autre, par des organes qui leur appartiennent en partie à tous deux. C'est donc la même vie à la fois spéciale et commune ; c'est aussi la même mort. Inévitable et commun dénoûment de toutes ces existences anormales ; enchaînés

l'un et l'autre par mille liens physiologiques, membres inséparables d'un seul être, si l'un des jumeaux succombe, l'autre meurt de la mort de son frère ; ces deux vies, comme elles ont commencé ensemble, doivent finir ensemble, et finir l'une par l'autre !

Mais ceux des monstres doubles dont la vie se prolonge, ceux surtout qui parviennent jusqu'à l'adolescence ou même à l'âge adulte, présentent des phénomènes extrêmement remarquables, et qui n'intéressent pas moins la psychologie que la physiologie. Deux individus réunis pour composer un monstre double, sont exactement par les phénomènes de leur vie, ce qu'ils sont par les conditions de leur organisation. De même qu'ils ont des appareils communs à tous deux, ils ont des fonctions communes : de même aussi que certains organes appartiennent en propre à chaque individu composant, de même certaines fonctions sont spéciales à chacun. Sous le point de vue anatomique, un monstre double est toujours plus qu'un individu unitaire, moins que deux ; mais il se rapproche plus, tantôt de l'unité, tantôt de la dualité ; de même sous le point de vue physiologique, il a toujours, si l'on peut s'exprimer ainsi, plus qu'une vie unitaire, et moins de deux vies ; mais sa double vie peut se rapprocher d'avantage ou de l'unité ou de la dualité.

Ainsi, pour me borner ici aux circonstances relatives aux phénomènes de la sensibilité et de la volonté, un monstre composé de deux individus presque complets, sera double moralement comme physiquement.

Chaque individu aura sa sensibilité et sa volonté propre dont les effets s'étendront sur son propre corps, mais sur son corps seul ; et il peut même arriver que les deux jumeaux, très différents pour les traits du visage, leur taille et leur constitution physique, ne le soient pas moins par leur caractère et leur degré d'intelligence : Dans le même instant, la physionomie de l'un pourra exprimer des passions gaies ; celle de l'autre portera l'empreinte de la douleur ou sera animée par la colère. L'un dormira, l'autre veillera. L'un voudra marcher, l'autre gardera le repos ; et du conflit de deux volontés animant deux corps indissolublement liés, pourront naître des mouvements sans résultat, qui ne seront ni le repos ni la marche. Ces deux moitiés d'un même être pourront se quereller, se porter des coups l'un à l'autre, comme à un être étranger et hostile. Ainsi leur dualité morale, conséquence de leur dualité physique, se montrera par cent et cent preuves ; mais en même temps, de même qu'il est un point du double corps, placé sur la

limite des individus composants, et commun à tous deux, d'autres phénomènes, mais en plus petit nombre, montreront en eux un commencement d'unité. Les impressions faites sur la région d'union, à son centre principalement, seront perçues à la fois par deux cerveaux ; et tous deux pourront de même réagir sur elle. Il y a plus : si l'un est malade, l'autre le devient bientôt, et sa maladie prend un caractère, sinon aussi grave, du moins analogue. Enfin ajoutons que, si des discussions ou même des querelles s'élèvent quelquefois entre ces deux volontés enchaînées au même corps, et dont l'une ne peut presque jamais se satisfaire que par les sacrifices de l'autre, si la paix est quelquefois troublée entre les deux jumeaux, presque toujours règne entre eux un accord de sentiments et de désir, une sympathie et un attachement réciproques dont il faut lire tous les témoignages pour en comprendre la portée. Ces deux êtres, à nos yeux obstacles continuels l'un à l'autre, finissent par se devenir un besoin : chacun d'eux croirait n'être pas complet s'il était libre. De semblables phénomènes et d'autres encore existent lorsque, l'union devenant plus intime, il n'existe plus pour deux têtes qu'un seul corps et que deux membres pelviens. L'analyse anatomique démontre que, dans de tels êtres, chaque individu possède en propre un côté de l'unique corps et l'une des deux jambes ; et l'observation des phénomènes physiologiques confirme pleinement ce singulier résultat. Les impressions faites sur toute l'étendue de l'axe d'union seront perçues à la fois par les deux têtes ; hors et à quelque distance de l'axe, par une seule ; et il en sera de la volonté comme des sensations. Le cerveau droit sentira seulement par la jambe droite, et agira seul sur elle, le gauche, sur la gauche ; en sorte que la marche résultera de mouvements exécutés par deux membres appartenant à deux individus différents, et coordonnés par deux volontés distinctes.

## DESCRIPTION DES JUMELLES UNIES

MARIE ET ROSA DROUIN.

PAR

D. C. MACCALLUM, M.D., M.R.C.S., ENG.

Professeur d'obstétric et des maladies des femmes et des enfants, à  
l'Université McGill.

On a mis en exposition, à Montréal, dans le courant du mois d'avril 1878, ce specimen remarquable de la fusion de deux sujets dont les corps, entièrement séparés dans leur

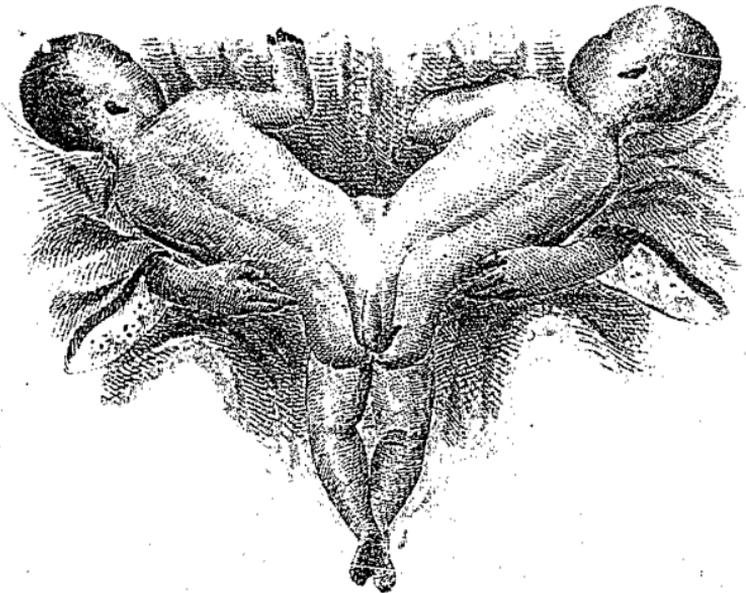
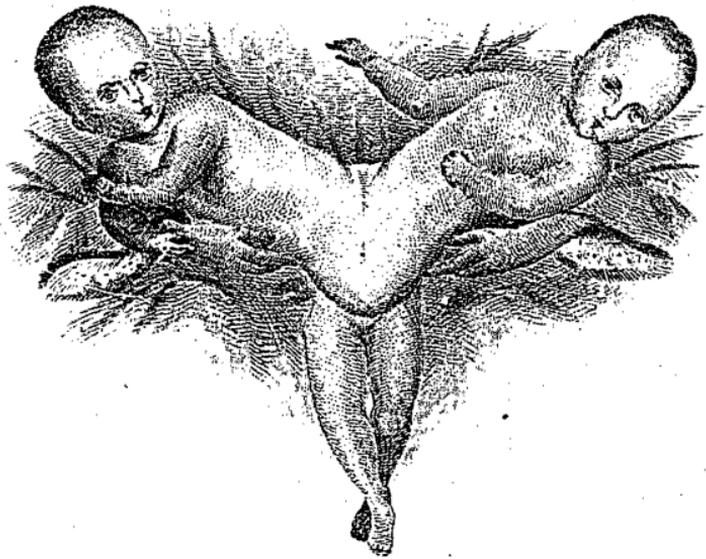
moitié supérieure, se terminent inférieurement en un seul. Il était extrêmement difficile de bien examiner ces enfants, la mère se refusant toujours fortement à les laisser prendre ou toucher même. Néanmoins après avoir multiplié le nombre de mes visites, j'obtins enfin de la mère le privilège de les voir au moment où elle les lavait et les habillait. Je pus ainsi non-seulement constater leur mode de fusion et les faits les plus importants résultant de cette union, mais même encore faire prendre par Hawksett un excellent dessin qui représente fidèlement la conformation antérieure et postérieure de ces enfants.

Cet être anomal appartient à la famille des monstres doubles Sysomiens, genre spodyme, suivant le traité de Tératologie par M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, ou aux monstres dicéphales de Playfair.

Les enfants reposent dans les bras de leur mère, à peu près comme elles sont représentées dans la planche ci-contre ; les deux têtes sont de niveau et forment avec leur corps respectifs à peu près un angle droit avec le tronc commun. Celle qui est à gauche de l'observateur se nomme Marie, elle ressemble à sa mère, elle est plus blanche, plus fortement développée, paraît mieux portante que sa sœur Rosa qui est plus petite, plus brune, plus délicate et ressemble davantage à son père. Toutes deux sont belies, éveillées et intelligentes : Le corps de chacune d'elles, depuis la tête jusqu'à l'abdomen, est bien conformé, et dans un bon état de nutrition. Leur fusion commence au bas du thorax et de là elles ne présentent plus que les apparences du reste du corps d'une petite fille. C'est-à-dire qu'il n'y a plus qu'un seul abdomen, un seul ombilic, une vulve et deux extrémités inférieures. Chaque enfant a ses fausses côtes et son cartilage ensiforme. Chaque moitié de l'abdomen et chaque extrémité inférieure correspondent en grosseur et en développement à chaque corps du même côté. On peut en dire autant des grandes lèvres. Les colonnes vertébrales sont distinctes et semblent se réunir en arrivant au bassin qui leur est commun, quoique la fusion des enfants commence à quelque distance au-dessus de cette jonction. De près de l'extrémité de chaque épine dorsale part une fissure qui descend du côté interne pour se confondre avec sa congénère du côté opposé dans la séparation des fesses, près de l'anus. Entre ces deux fissures apparaît une masse molle et charnue, protubérante, plus épaisse en bas qu'en haut, du centre de laquelle, à deux pouces et demi du point où les deux rachis se touchent et à trois pouces et demi de l'anus, projette un membre rudimen-

**MONSTRES DOUBLES SYDOMIENS.**

GENRE I. PSODYME.



**MARIE ET ROSA DROUIN,**

Nées le 28 Février 1878, à St. Benoit, comté des Deux-Montagnes,

PROVINCE DE QUÉBEC, CANADA.

taire mobile à son origine, long de cinq pouces, pourvu d'une articulation et se terminant en pointe avec un ongle bien distinct. Ce membre est très sensitif et se contracte fortement à la moindre irritation.

Les mouvements respiratoires ne sont pas synchrones et les pulsations des deux cœurs ne se correspondent pas. Celui de Marie, lors de mon examen, donnait 128 pulsations à la minute, celui de Rosa 133. La sensation de la faim ne se fait pas toujours sentir au même moment, car souvent une des enfants prend avidement le sein tandis que l'autre dort paisiblement. Lorsqu'une des enfants crie pendant que l'autre est tranquille, l'abdomen du côté de l'enfant qui pleure se contracte et se soulève, et la jambe du même côté est agitée, tandis que les mêmes parties du côté opposé sont en repos. Il est vrai néanmoins que la moitié de l'abdomen de l'enfant tranquille éprouve un léger mouvement, mais il est évident que ce mouvement lui est communiqué. On observe exactement les mêmes phénomènes dans les efforts de défécation de l'une ou de l'autre. D'après ces observations il semble donc que l'on puisse conclure que le système spinal, que le système pulmonaire, ainsi que celui de la circulation et de la digestion sont parfaitement distincts dans ces enfants. Chacune d'elles a son propre diaphragme, et les muscles abdominaux, de chaque côté de la ligne médiane, avec la jambe qui leur correspond du même côté sont fournis de sang par les vaisseaux, et sont sous le contrôle du système nerveux de l'enfant du côté de la tête de laquelle ils se trouvent. Elles ont chacune un estomac distinct, et un canal alimentaire qui se termine probablement tout près de l'anus commun. Il s'en suit aussi que les organes accessoires au système digestif sont encore distincts dans chaque enfant. Les deux fesses en arrière sont évidemment les séparations primitives des fesses, dont l'une est entière, tandis que l'autre n'est qu'à un état rudimentaire et se confond avec celle qui lui correspond pour former cette masse charnue dont la partie supérieure donne naissance à un membre rudimentaire.

Ces enfants sont le produit d'une seconde grossesse. Elles sont nées à St. Benoit, dans le comté des Deux Montagnes, le 28 février 1878. La mère est une belle femme, d'une santé florissante, âgée de vingt-six ans. Elle dit que pendant qu'elle portait ces enfants, elle a éprouvé des sensations tout autres qu'à l'ordinaire dans l'utérus et qu'enfin elle était devenue si grosse qu'elle avait honte de se montrer même à ses amies. Le poids et les mouvements des enfants la fatiguaient aussi beaucoup. Elle a été accouchée par une sage-femme, le

travail a duré sept heures ; commencé à 1 h. a.m., il s'est terminé à 8 h. a.m.

Une tête et un corps ont d'abord été expulsés, puis peu de temps après, les extrémités inférieures : et immédiatement après ces dernières, le second corps et la seconde tête.—Traduit du *Canada Medical and Surgical Journal*.

---

### Résection de la tête de l'humérus, à l'Hôtel-Dieu.

PAR

M. LE DR. W. HINGSTON,

Professeur de Clinique Chirurgicale à l'École Médecine et de Chirurgie de Montréal, Université Victoria.

Avant de faire cette opération l'habile chirurgien donna une leçon de Clinique sur les maladies de l'articulation de l'épaule, et c'est à l'obligeance d'un de nos plus studieux élèves, M. Séraphin Gauthier que nous devons ces notes, ainsi que le rapport de l'opération elle-même.

L'articulation de l'épaule est aussi exposée aux conséquences des coups, des chûtes et de toutes les maladies qui peuvent attaquer celle de la hanche, du genou et du pied, mais rarement présente-t-elle des inflammations aussi terribles que celles que le Chirurgien rencontre si souvent dans la cavité cotyloïde. La raison en est bien simple, l'épaule souffre-t-elle, le malade peut en prendre soin plus facilement il cesse de la remuer, la met en parfait repos en l'assujettissant sur la poitrine au moyen d'un bandage. Il n'est plus alors arrêté dans ses occupations, il peut marcher, courir, jouer, écrire, tout en maintenant l'articulation dans cette immobilité complète, si difficile à obtenir dans les inflammations de la hanche ou celle du genou et qui pourtant à elle seule est considérée aujourd'hui valoir plus que tous les autres moyens réunis ensemble. C'est pour cette raison principalement que l'on voit si peu souvent l'inflammation se localiser définitivement dans l'épaule.

J'ai peu souvent rencontré du pus dans l'articulation de l'épaule mais les accidents graves qui peuvent résulter de la désorganisation du cartilage de la tête de l'humérus, de l'os lui-même ou de son périoste sont encore plus rares, tandis que les maladies de la cavité glénoïde du scapula le sont encore d'avantage.

Néanmoins si cette dernière cavité est attaquée, si la marche des accidents n'est pas enrayée, ceux-ci peuvent se

montrer à peu près avec tous les caractères que l'on remarque dans les affections des articulations de la hanche et du genou, même leur durée et leur gravité sont encore augmentées par la nature des tissus malades.

Cependant il y a ordinairement une différence dans la nature et la marche de l'inflammation dont les effets sont tout autres dans celle de l'épaule que dans celle de la hanche. La synovite se montre comparativement bien peu souvent dans l'inflammation de l'épaule, tandis qu'on la rencontre presque toujours dans celle de la hanche.

Aussi après l'effet d'un coup ou de toute autre cause qui peut y déterminer l'inflammation, voit-on quelquefois cette dernière articulation se tuméfier rapidement et présenter en peu de jours tous les symptômes d'un rapide épanchement soit séreux ou même purulent dont on peut facilement débarrasser le malade à l'aide de l'aspirateur ou du trocar. Mais il est très rare au contraire que l'inflammation envahisse la membrane synoviale seule, ou qu'elle s'y fixe pour longtemps dans l'articulation de l'épaule, si ce n'est dans des cas de pyohémie comme il arrive pour les autres articulations.

Mais en règle générale, et comme le cas se présente le plus ordinairement, une enflure considérable qui survient lentement à l'articulation scapulo-humérale, est l'indice qu'outre la membrane synoviale, les autres tissus tels que le périoste, les cartilages ou l'os lui-même sont le siège d'un travail inflammatoire. Son effet n'est pas le même dans les cavités glénoïde et cotyloïde. En effet une synovite se déclare t-elle dans cette dernière cavité, je veux dire l'articulation de la hanche, s'y fait-il un épanchement liquide, la membrane synoviale s'étend, se déploie, pour ainsi dire, dans la direction qui prête le plus facilement; elle finit par s'amincir en un ou plusieurs points et laisse enfin échapper le liquide qui la distendait. Au contraire dans celle de l'épaule, si l'inflammation n'est pas arrêtée dans sa marche, la membrane synoviale loin de s'amincir, ne fait que s'épaissir et limite ainsi l'effusion. Ce fait peut-être s'expliquer par une différence anatomique dans la membrane synoviale de ces deux articulations. Une remarque importante encore à faire est celle-ci :

Dans l'inflammation de la hanche il faut une parfaite guérison, ou au moins une ferme ankylose pour que le sujet cesse de souffrir et puisse reprendre ses occupations.

Dans celle de l'épaule le malade au contraire peut encore vaquer à ses affaires quoique la membrane synoviale soit épaissie, que l'os soit dénudé de son cartilage, couvert d'ostéophytes, rongé dans ses faces articulaires ou même affecté

de nécrose. Le caractère intermittent de la douleur peut même le porter à croire (et son médecin avec lui) que l'affection dont il souffre n'est que rhumatismale.

Voici maintenant les points d'analogie les plus saillants dans l'inflammation de ces deux articulations. Elles peuvent l'une et l'autre, il est vrai, sous une influence rhumatismale ou scrofuleuse être prises d'inflammation. Mais le plus ordinairement on peut tracer l'origine de cette dernière à une cause traumatique.

Dans l'inflammation de la hanche, la douleur se fait sentir tout le long de la moindre branche du nerf obturateur, dans le voisinage de l'articulation malade comme dans celui de celle qui lui est inférieure ou même dans ces deux articulations à la fois.

Dans l'inflammation de l'épaule la douleur ne se fait pas sentir le long des nerfs qui se distribuent dans les autres tissus, mais uniquement dans les muscles qui passent au-dessus de l'épaule, ou qui font partie de sa capsule articulaire. La distribution anatomique même des muscles suffit donc pour expliquer la douleur qui se fait sentir bien au-delà de la limite des tissus enflammés. Ainsi pour la hanche la douleur suit les nerfs, dans l'épaule, au contraire, elle semble se propager par continuité de tissu musculaire.

La distribution du muscle sus-scapulaire explique la douleur dans la fosse sus-scapulaire et à la tubérosité de l'humérus ; les rapports multiples qui existent entre les muscles sus-épineux, sous-épineux et le ligament capsulaire, celle qui se fait ordinairement sentir dans ces deux fosses, le muscle petit rond, celle du bord inférieur de l'omoplate, tandis que le deltoïde, le biceps et le triceps semblent la transporter sur la convexité de l'épaule et au bras en avant et en arrière, même jusqu'au radius et à l'ulna.

Je puis être complètement dans l'erreur, en attribuant aux muscles qui contribuent pour une si grande part à la formation du ligament capsulaire de l'épaule, le pouvoir de disséminer la douleur que l'on remarque dans quelques cas de synovite de cette articulation, mais l'explication que je vous en donne s'est souvent présentée à mon esprit, je vous en fais part et vous pourrez l'apprécier pour ce qu'elle vaut.

Dans le diagnostic des inflammations de l'articulation de l'épaule il est souvent difficile de dire si la tuméfaction est due simplement au gonflement des tissus qui environnent l'os, ou à l'hypertrophie de l'os lui-même, ou si c'est la capsule qui se trouve distendue en conséquence d'un épanchement dans l'articulation même. Mais ces faits ne doivent pas

fixer notre attention pour le moment, pas plus que le changement que l'on observe dans la forme de l'épaule dans plusieurs cas d'inflammation même légère comme dans ceux d'une nature grave et chronique. Je ne discuterai donc pas toutes les explications que l'on cherche à donner sur la cause de ce changement, je me contenterai de dire que dans l'inflammation de l'épaule, celle-ci commence par se tuméfier mais que bientôt la plénitude et la rotundité de l'articulation disparaissent et que Solly explique cet affaissement par une absorption de la fibre musculaire, moyen qu'emploie la nature pour parvenir à guérir l'articulation en la maintenant dans le repos.

Mais outre la synovite de l'articulation qui vient de nous occuper tout spécialement, il peut encore y avoir des maladies qui nécessitent la résection de la tête de l'humérus : soit que ces maladies commencent dans la membrane synoviale ou dans les tissus denses qui entrent dans la composition de l'articulation, ou encore qu'elles soient dues à la pression que la tête de l'humérus est susceptible d'exercer sur le plexus axillaire, par son développement ou par son déplacement.

Cette opération compte un plus grand nombre de succès que celle de l'amputation de l'épaule. La tête de l'humérus a été enlevée pour la première fois par un chirurgien américain, le Professeur Warren, de Baltimore, pour remédier aux accidents que sa pression exerçait sur le plexus axillaire.

## RESECTION DE LA TÊTE DE L'HUMÉRUS.

SERVICE DU DOCTEUR HINGSTON.

*(Rapporté par M. Séraphin Gauthier, E. M.)*

Le Révérend \* \* \* après avoir consulté le Dr. Hingston, fut admis à l'Hôtel-Dieu le 16 octobre dernier. Il est âgé de 45 ans. Depuis 6 ans, il accuse une douleur dans le bras gauche, et dans la région de l'articulation scapulo-humérale gauche. Le premier symptôme qui a attiré l'attention du malade est une douleur dans l'épaule, qui lui est survenue à la suite d'un bain. Pendant les cinq premières années, cette douleur dans l'articulation n'a pas empêché le patient de vaquer à ses occupations. Depuis un an une fistule s'est ouverte à la partie antérieure du bras, au niveau de l'insertion inférieure du muscle deltoïde. Il s'est écoulé

par cette ouverture une quantité considérable de matière séro-purulente, très liquide.

Quinze jours avant son admission à l'hôpital, une seconde fistule s'est encore formée à la partie postérieure du bras. Aux questions posées au malade par le Dr. Hingston, celui-ci a répondu qu'il n'avait jamais reçu de contusion dans cette région. Cependant, quelques jours plus tard, il s'est rappelé qu'à l'âge de 13 ans, par conséquent il y a 32 ans passés, il était tombé sur l'épaule ; la conséquence de cette chute, a été une douleur dans l'articulation scapulo-humérale, qui se faisait surtout sentir lors des mouvements du bras. Cette douleur a cessé quelque temps après.

Depuis 1864, le Rév. \* \* \* a été à différentes époques sous les soins des docteurs Beaubien et Munro, pour des abcès qui se sont ouverts dans les aines et qui auraient été le résultat d'après le récit du patient, d'une maladie des os coxaux ou des vertèbres lombaires.

En examinant les deux trajets fistuleux, celui de la partie antérieure et celui de la partie postérieure du bras, avec une grande sonde exploratrice, le Dr. Hingston a trouvé que ces fistules conduisaient toutes deux à l'articulation scapulo-humérale. Mais pour faciliter l'exploration, et pouvoir atteindre plus facilement la partie malade, une troisième ouverture fut pratiquée à un demi pouce plus bas que l'apophyse caracoïde.

Après plusieurs examens, prenant surtout en considération la longue durée de la maladie, la qualité du pus, le siège et le caractère de la douleur. le Dr Hingston en vint à la conclusion qu'il devait exister une maladie de la cavité glénoïde ou de la tête de l'humérus. Il se décida à faire la résection, considérant ce moyen comme sa seule ressource d'être utile à son malade. Mais avant d'opérer il appela en consultation, le 5 novembre, le Dr. Munro et les médecins faisant en ce moment le service de l'hôpital, et tous corroborèrent l'opinion qu'il avait émise. En conséquence, le 8 novembre, en présence des Drs. Beaubien, Munro et autres, et entouré de tous les élèves de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, le Dr. Hingston se mit en frais de faire l'opération.

Le malade ayant été anesthésié par le Dr. Beaudry, le chirurgien fit à la région antérieure du bras, dans la direction des fibres du muscle deltoïde, une incision longitudinale, de  $3\frac{3}{4}$  pouces. Après avoir ouvert la capsule fibreuse, écarté la longue tête du biceps, coupé l'insertion des muscles qui s'attachent à la grosse et à la petite tubérosité, le Dr. Brosseau (qui s'était chargé d'aider l'opérateur) produisit la luxation

en avant et en haut de la tête de l'humérus. L'os une fois dénudé, on eut la preuve évidente de sa nécrose, mais celle-ci n'avait agi que sur la tête de l'humérus, heureusement pour le chirurgien, plus heureusement encore pour l'opéré.

La première résection fut pratiquée au niveau du col anatomique, mais aussitôt on constata dans le tissu de l'os un abcès qui ne s'était pas encore fait jour à l'extérieur. Après cette première résection, il fallut donc en faire une seconde au niveau du col chirurgical, vu que la carie s'étendait jusque là. Après avoir enlevé ces parties malades de l'os avec la scie de "Butcher," les lèvres de la plaie furent complètement réunies par plusieurs points de suture.

Le malade fut ensuite reconduit à son lit, le bras mis dans l'extension. La diète lactée fut prescrite et exactement suivie. Malgré un  $\frac{1}{2}$  grain de morphine qui lui fut administré le soir, le malade n'eut pas de sommeil cette nuit.

9 Novembre. Le patient est un peu fatigué pour n'avoir pas dormi. A 7 heures a.m., température 38, pouls 100. A midi le bras est placé dans une clisse à angle droit. 6 heures p.m., température  $38\frac{1}{2}$ , pouls 118.

10 Novembre. Le malade se lève. se promène dans sa chambre. 7 heures a.m., température  $37\frac{3}{4}$ , pouls 100. 6 heures p.m., température 38, pouls 104.

11 novembre. Le malade a dormi une partie de la nuit. 7 heures a.m., temp. 38, pouls 98. 6 heures p.m., temp.  $38\frac{1}{2}$ , pouls 100.

12 novembre. Le patient n'a pas dormi malgré l'administration d'un demi grain de morphine. 7 heures a.m., temp.  $38\frac{1}{2}$ , pouls 110. Il passe dans la salle d'opération à midi pour faire constater par MM. les Etudiants le résultat de son opération. 6 heures p.m., temp.  $38\frac{1}{2}$ , pouls 100.

Le 13, 14 et 15 le pouls et la température baissent graduellement ; le 16 on constate que la température et le pouls sont presque à l'état normal. Les lèvres de la plaie se sont déjà en grande partie réunies par première intention, il ne reste plus que deux ouvertures par lesquelles s'écoule facilement le pus qui n'a plus ce caractère sanieux qu'il avait avant l'opération ; il est maintenant crémeux, granuleux et de bonne nature. On fait trois fois par jour des injections d'eau phéniquée dans les ouvertures qui donnent issue au pus. Le malade se plaint encore de manque de sommeil, on lui prescrit 40 grains de bromure de potassium, il s'en trouve bien. Puis trois fois par jour il prend une cuillerée à dessert de la mixture suivante :

Rj Strychniæ.....	gr iss
Acidi nitrici.....	gts xx
Aquæ fontanæ ad.....	ʒviii
	Misce.

Depuis un mois le patient a quitté l'hôpital, il peut mouvoir son bras en avant, en arrière, mais il éprouve de la difficulté à le relever entièrement. Enfin il est parfaitement guéri, et vient de partir pour une mission lointaine.

---

### Ablation de la portion inférieure du poumon gauche. Guérison.

Fordyce Grinnell, M.D., exerçant sa profession à l'Agence Wichita, sur le Territoire Indien, rapporte avoir enlevé la portion inférieure du poumon gauche à un jeune sauvage, âgé de huit ans, qui ayant été blessé par une flèche, avait, en arrachant cette dernière, entraîné avec elle une partie du poumon. La flèche avait pénétré entre la cinquième et la sixième côte, un peu à gauche de la ligne médiane. Ce médecin fut appelé vingt quatre heures après l'accident. Pendant ce temps, avaient été mis en œuvre tous les sortilèges de celui qui dans la tribu jouait à l'occasion le grand rôle de guérisseur.

A son arrivée, le Dr. Fordyce Grinnell trouva non-seulement congestionnée, mais commençant même à se gangréner cette portion du poumon ainsi déplacée. Il se décida à poser une ligature et à enlever la partie herniée. Ce qu'il fit, et après avoir touché avec du perchlorure de fer la surface tranchée, il fit rentrer, par l'ouverture qu'avait faite la flèche, ce qui restait du poumon. Le morceau dont il avait fait l'ablation mesurait quatre pouces et demi sur la longueur et deux pouces et trois quarts sur sa plus grande largeur.

Il n'y eut d'abord que bien peu de suppuration, mais deux semaines après l'opération, la ligature s'échappa de la plaie avec beaucoup de pus.

Depuis, la santé du jeune sauvage s'est continuellement améliorée, si bien qu'il a pu reprendre ses jeux et ses courses ordinaires.—Traduit du *Cincinnati Lancet and Clinic* du 14 Septembre 1878.

---

## ESSENTIALS OF CHEMISTRY.

Inorganic and organic for the use of students in Medicine

BY

R. A. WITTHAUS, A.M., M.D.

Professor of Chemistry in the Medical Dept., University of Vermont; formerly associate Professor of Chemistry and Physiology in the Medical Dept., University of New York, Member of the Chemical Societies of Paris and Berlin, &c., &c., New York, William Wood & Co., 1879.

Ce petit volume renferme dans deux cent cinquante pages, comme le fait prévoir du reste son titre, tout ce qu'il y a de plus important à connaître en Chimie, surtout dans ses rapports avec la pratique de la médecine en fait de Thérapeutique et de Physiologie, qui sont à juste droit regardées aujourd'hui comme les bases les plus importantes de toute médecine rationnelle.

L'auteur y a adopté le système de notation moderne ainsi que les principes de la théorie atomique; mais le plus souvent, l'ancienne nomenclature et l'ancienne notation y sont mises en regard avec les nouvelles, ce qui facilite beaucoup l'étude des théories modernes.

L'auteur y donne de plus encore les procédés d'analyse que les besoins de la pratique journalière peuvent exiger du médecin. On y trouve aussi les conseils les plus précieux pour les soins hygiéniques à suivre pour conserver la santé des ouvriers employés dans les manufactures industrielles dont l'exploitation de quelques-unes est si dangereuse. Ce livre renferme de précieuses notions sur la Toxicologie.

L'auteur suit pour les poids et mesures le système métrique français, et pour les températures le thermomètre centigrade.

Cet ouvrage devra donc trouver sa place sur les rayons de toutes les bibliothèques médicales, car il peut être également utile et au médecin et à l'étudiant.