

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

L'ABEILLE MÉDICALE

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

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

Vol. I.

MAI 1879.

No. 5.

Examens de l'École de Médecine et de Chirurgie de
Montréal, Faculté de Médecine de l'Uni-
versité Victoria, à Montréal.

Les examens commencés le 22 Mars dernier, se sont terminés le 28 au soir, du même mois. Outre les Assesseurs dont la présence était requise par la loi, plusieurs médecins amis de l'Institution, ont bien voulu honorer les Professeurs de leur présence et les aider dans cette circonstance. La collation des diplômes a eu lieu le 14 Mai courant, et les licences ont été accordées le lendemain par le Bureau du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Parmi le grand nombre d'élèves qui ont suivi les cours cette année, cinquante et un ont été gradués. En voici les noms :

James Henri Ward, Louis de Grandpré, Louis Auguste Masse, Auguste Achille Foucher, Louis Zotique Auclair, Samuel Desjardins, Louis Georges Edouard Boucher, Joseph Robert St. Jacques, Georges Léonide LaForest, Adhelme Plante, Alexis Téléphore Côté, Achille Féréol Fleury,

Jacques Auguste Leblanc, Joseph Olivier Albert Laurendeau, Moïse Guérin Lafontaine, Raymond Benoni Chagnon, Abraham Zéphirin Falcon, F. X. Richer Laflèche, Roch Norbert Forté, Elysée Bellemare, Emmanuel Evariste Duquette, Louis Iréné Pratte, Joseph Alfred Lafortune, Oswald Goyer, Louis Zéphirin Normandin, Joseph Nazaire Bergeron, Joseph Auguste Prévost, Edouard Thadée Gaudette, William Evangeliste Aubin, Emile Charles Jénigor, Jonasthem Alphonse Michel Elie, Roch Eloi Marier, Joseph Léopold Germain, Samuel Alain, Gabriel Aimé Lacerte, Louis Joseph Alexis Lemaître Auger, Charles Joseph Séraphin Gauthier, Marie Joseph Ernest Legris, Joseph Edouard Victor Mathieu, Louis de Gonzaque Routhier, Georges Napoléon Malo, Georges Elzéar Letourneau, Alfred-Antoine Lefavre, Marc Antoine Guertin, Zotique Laroche, Paul Octave Renaud, Melville Thiernay Laval, Aggée Joseph Homère de Grandpré, Camille Coté, G. A. Thiernay Laval.

Vingt-neuf ont été admis au baccalauréat en Médecine :

A. Gibault, C. Larocque, L. J. Blondin, Avila Gauthier, Noé Coulombe, J. H. B. Joannette, J. M. Beausoleil, J. E. Bergeron, J. E. Fournier, E. Belcourt, Ovila Mallet, L. Carignan, W. Beaupré, E. Lafarge, L. de Vaudreuil, H. Paquet, Emile St. Jacques, Alfred Savard, S. E. Bergeron, F. St. Jacques, Eugène Ferron, F. Dupont, C. Fauteux, R. Tranchemontagne, A. Camiré, O. Lacerte, N. Legault, O. Lavallée, G. Demers.

Du choix de l'opération dans les différents cas de calculs vésicaux.

LEÇON CLINIQUE DONNÉE A L'HOTEL-DIEU

PAR

M. LE DR. A. T. BROSSEAU,

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

Suite et fin.

Messieurs,

Résumons les deux observations précédentes et voyons pourquoi nous avons pratiqué la lithotritie sur le premier calculéux et la lithotomie sur le second.

Dans le choix de l'opération nous devons nous laisser guider 1o. par l'état de la vessie, 2o. par le volume et la nature du calcul.

Or, chez le jeune Duchesne la vessie n'est que médiocrement malade, la miction est fréquente, mais elle n'est pas suivie de grandes douleurs, ni de ténésme; l'urine ne contient que peu de mucus, le jeune homme est fort et vigoureux.

La vessie se prêterait donc aussi bien à la lithotritie qu'à la taille.

Chez le patient Daigneault la vessie est beaucoup plus malade, il urine à tout instant, les douleurs sont atroces, l'urine contient beaucoup de muco-pus, il est donc probable que le brise-pierre serait mal supporté, que les fragments occasionneraient une vive inflammation qui pourrait même être fatale, il est donc certain que de ce côté la taille convient mieux que le broiement.

Pour faire un choix judicieux entre les deux modes de traitement, il faut aussi connaître exactement les caractères physiques et chimiques de la pierre.

Les urines du jeune Duchesne indiquent un calcul d'acide urique, ce calcul étant gros il devra donc être difficile à broyer.

L'âge du malade, l'état de sa vessie permettant indifféremment et la lithotritie et la taille, la solution de la question appartient alors au brise-pierre; cet instrument introduit dans la vessie, la visse fortement serrée, la pierre éclate; la lithotritie est donc praticable.

Si le calcul eut résisté à l'instrument il ne restait d'autre alternative que la taille. Chez les adultes la lithotritie doit toujours être préférée à la taille, dans les conditions telles que celles fournies par le jeune Duchesne, de même qu'avant l'âge de puberté presque tous les calculeux réclament la taille. Cependant Thompson dit que chez un enfant de trois ou quatre ans ou au-dessus dont la pierre n'excéderait pas la grosseur d'un pepin d'orange, on pourrait très-probablement à l'aide du chloroforme, le débarrasser en une ou deux séances de lithotritie, il serait sage de ne pas lui refuser ce bienfait.

Je citerai un cas à l'appui: J'ai opéré il y a quelques années, par la lithotritie, un enfant de 5 ans qui avait un calcul de la grosseur d'une fève; dans deux séances la vessie a été complètement débarrassée et la guérison parfaite; mais règle générale la lithotomie doit être préférée à cet âge, car elle réussit très-bien, ne donnant qu'une mort par vingt opérés.

Quant aux calculs d'oxalate de chaux dont le volume dépasse un pouce de diamètre, il ne faut pas compter sur la lithotritie, car ils résistent à nos instruments les plus puissants; et réussirait-on à les entamer, les angles des fragments en seraient tellement durs et irritants pour la vessie, que l'opération serait encore d'une valeur fort contestable.

Nous devons aussi préférer la taille à la lithotritie quand il s'agit d'une pierre d'acide urique qui mesure plus de deux pouces et demi, car il faudrait un grand nombre de séances pour en débarrasser la vessie et les fragments y détermineraient nécessairement une vive irritation.

Chez le patient Daigneault l'état de la vessie, le volume du calcul, (2½ pouces) sa dureté, tout contre indiquait la lithotritie;

dans ce cas le choix de l'opération était donc bien facile, la taille seule était praticable.

Des phosphates de cette dimension ($2\frac{1}{2}$ pouces) sont tributaires de la lithotritie en raison de la facilité du broiement et parceque les angles des fragments sont moins durs, moins irritants.

L'état anatomique des organes genito-urinaires doit toujours entrer en ligne de compte et guider le chirurgien dans le choix de son procédé opératoire.

Il est bien prouvé aujourd'hui par des faits multiples que chez les vieillards qui portent des calculs depuis des années, la lithotritie est beaucoup plus fatale que la taille, je pourrais ici apporter mon expérience personnelle à l'appui de tout ce que nos auteurs ont écrit sur le sujet; j'ai rencontré durant l'année dernière deux vieux calculeux qui ont obstinément refusé la taille et qui sont morts après une seule séance de lithotritie faite avec toute la délicatesse et toutes les précautions possibles; une cystite fatale étant survenue à la suite. La taille dans ces cas est la seule opération praticable.

D'ailleurs n'a-t-on pas pratiqué depuis quelques années et avec succès, (sans que la vessie contint de calculs), ce qui a été appelé la taille antiphlogistique afin de guérir des cystites chroniques invétérées qui avaient résisté à tous les autres traitements.

Cependant les motifs d'exclusion de la lithotritie seront de plus en plus rares dans l'avenir. Citons encore à l'appui l'opinion de Thompson: " Si les chirurgiens de notre génération, dit-il à ses élèves, progressent comme ils le doivent, s'ils dépassent en zèle et en intelligence leurs prédécesseurs, ce qui du reste est dans la force des choses, car nos fils seront plus éclairés que nous, et nos petits fils plus éclairés que nos fils.

" Toute pierre, en effet, si elle est diagnostiquée quand elle est suffisamment petite peut toujours être broyée avec des chances presque certaines de succès.

“ J'espère que vous vivrez assez longtemps pour voir le
 “ jour où la lithotomie sera sinon rayée du nombre des opé-
 “ rations pratiquées sur l'homme adulte ; du moins pour la
 “ voir descendre au rang des opérations tout-à-fait exception-
 “ nelles

“ Et cependant, ce n'est pas avec une joie sans mélange que
 “ je salue cette glorieuse évolution de notre art. Véritable
 “ criterium du tempérament chirurgical, la taille est une
 “ de ces opérations qui demandent toute l'habileté, toute la
 “ présence d'esprit, toute la puissance d'un homme ; voilà
 “ pourquoi, il n'est guère permis de souhaiter sa disparition.
 “ Mais elle disparaîtra certainement et comme ce sera pour
 “ le bien de l'humanité, nous ne pouvons qu'applaudir à ce
 “ résultat.”

“ Les calculs mettent plusieurs années à atteindre un
 “ volume considérable et des dimensions qui les rendent
 “ refractaires à l'écrasement ; il est donc incontestable que
 “ si l'on trouvait chez chaque malade une dose moyenne
 “ d'intelligence et de soins pour sa personne, la pierre serait
 “ reconnue à temps pour être broyée avec un succès presque
 “ certain.

“ Les seuls taillables ne seraient plus alors que cette infime
 “ minorité de négligents endurcis, restés sourds pendant
 “ des années à la voix de leurs propres souffrances, avant de
 “ consulter un chirurgien.”

J'ajouterai ici que si dans notre pays les malades sont négligents, il arrive bien souvent que les médecins négligent eux aussi de sonder leurs patients, et de faire cette exploration vésicale avec des instruments convenables.

Parcequ'un médecin n'aura pas trouvé une pierre à son premier examen, il doit en tenter un second, et même un troisième et varier la position du malade, laisser la vessie vide ou la remplir, car ce n'est qu'en prenant ces précautions que l'on peut être certain que la vessie contient ou ne contient pas de calculs.

Avant de terminer cette clinique, laissez moi vous parler d'une nouvelle méthode opératoire mise en pratique par Mr. Begelou de Boston, je veux dire la *lithotritie rapide*.

Mr. Begelou pense qu'une séance de lithotritie prolongée est pour la vessie une cause de souffrances beaucoup moindre que l'action des fragments d'une pierre.

Le patient anesthésié il pratique une longue séance, de deux heures et plus si c'est nécessaire, et il enlève tous les fragments d'un calcul.

Le procédé n'entraîne, suivant son auteur, guère plus de complications qu'une séance ordinaire de lithotritie.

Mr. Curtis, que j'ai eu le plaisir de connaître à Paris, (comme interne à l'Hôpital Necker) approuve le procédé de Begelou, cependant il dit qu'il y a des urèthres rebelles au passage des énormes catheters nécessités par cette méthode et dans ces cas la lithotritie rapide serait peu praticable, il admet aussi que de même qu'il y a des indications pour la lithotritie ordinaire et la taille, il y a aussi des indications particulières pour la lithotritie rapide.

C'est une méthode hardie qui est probablement appelée à rendre de grands services dans des cas spéciaux.

Des troubles de la motilité dans la paralysie générale.

Lorsqu'un médecin est appelé auprès d'un paralytique général, c'est moins pour lui donner des soins que pour se prononcer sur la question de savoir s'il faut, oui ou non, faire entrer le malade dans un asile. On comprend dès lors toute l'importance d'un diagnostic exact et précis.

Les principaux symptômes qu'on peut constater chez ces malades sont : le changement du caractère, l'affaiblissement

de l'intelligence, la perte de la mémoire, surtout en ce qui concerne les faits récents, l'emploi mal entendu des mots qui souvent sont pris les uns pour les autres, quelquefois des accès de délire ou même une véritable démence et que la nature spéciale de ce délire est la satisfaction, l'importance du moi.

Je vais insister tout spécialement sur les troubles de la motilité, troubles dont l'importance est énorme au point de vue du diagnostic, surtout s'ils s'ajoutent aux symptômes que je viens d'énumérer.

La physiologie nous apprend que la contraction musculaire proprement dite n'est que la succession rapide d'un certain nombre de petites secousses, dont l'ensemble, la fusion, constituera la contraction musculaire vraie ou tonique. L'expérience nous enseigne encore que pour se contracter un muscle a besoin de recevoir 32 fois par seconde l'excitation motrice que doit produire chacune des petites secousses. Rappelons à titre de fait intéressant, l'observation d'un physiologiste anglais qui a remarqué que, si on ausculte un muscle en contraction, on entend un bruit comparable à celui que produirait une voiture franchissant 32 rangées de pavés par seconde. (1)

(1) Ce phénomène de la motilité est, en effet intéressant; pour le bien apprécier, pratiquez le mode d'auscultation direct suivant: Couché en position horizontale, l'oreille bien appuyée sur votre coussin, serrez les mâchoires l'une contre l'autre et vous entendrez cette succession régulière de petits bruits que l'on peut comparer pour le son au roulement lointain et mesuré d'une voiture.

Quant à l'exactitude des 32 secousses par seconde, calculées par un physiologiste anglais (que mon savant confrère oublie de nommer), je ne saurais l'admettre absolument.

L'intensité de résonance et le chiffre de ces secousses me paraissent être en raison directe de l'effort fait pour développer la puissance contractile des muscles.

Leur manque de tonicité normale et la faiblesse de l'influx nerveux seront cause que les contractions seront saccadées et interrompues.

Toutes les fois qu'un muscle recevra moins de 32 excitations par seconde il n'y aura pas de contraction tonique, continue, celle-ci sera interrompue, saccadée, il y aura tremblement. On voit donc que chez les trembleurs, paralytiques généraux, alcooliques, etc., il n'y a pas augmentation de la cause excitatrice, mais bien diminution, il n'y a pas plus de petites contractions qu'à l'état normal, il y en a moins. Il faut noter que chez les paralytiques généraux, le tremblement cesse de se manifester quand les malades sont en proie à une vive excitation, le malade irrité, furieux, brise tout ce qu'il a sous la main, mais ce n'est là qu'un fait exceptionnel. A l'état normal, chez les paralytiques généraux, c'est surtout à la langue et aux lèvres que se manifeste le tremblement. Si l'on fait tirer la langue au malade hors de la bouche, on voit, surtout si on observe 2 ou 3 minutes, de petits tremblements fibrillaires, véritables mouvements vermiculaires, très-différents des petites secousses brusques et répétées qu'on voit chez les alcooliques ; les deux lèvres participent au tremblement, mais la supérieure en est surtout le siège manifeste, on la voit agitée de petits frémissements, accusés par la saillie inégale du sillon naso-labial. Ce tremblement s'exagère encore si la langue est tirée hors de la bouche ; enfin des frémissements analogues se voient aussi dans le muscle triangulaire du menton.

La parole offre des modifications importantes à noter : le paralytique général bégaye, mais son bégayement diffère de celui des vrais bègues. Chez ceux-ci, en effet, la difficulté consiste surtout dans la prononciation de la première syllabe des mots, ils la répètent plusieurs fois, mais en l'articulant assez mal, puis ils la franchissent brusquement et achèvent alors le mot commencé. Le paralytique général, au contraire, hésite avant de prononcer une syllabe, il semble la chercher, puis tout-à-coup, plusieurs syllabes ou même quelques mots partent rapidement, lancés comme un jet de salive, il n'y a pas d'oscillation dans la parole, il y a hésitation, puis la phrase part tout d'un bloc.

En examinant avec soin la façon de parler des paralytiques généraux, il est facile de reconnaître qu'ils ne bégayent pas des lèvres, mais bien de la base de la langue. Il semble que les mots s'accumulent dans le pharynx, d'où ils sont lancés tout-à-coup. Ces modifications de la parole sont quelquefois difficiles à bien saisir si la maladie n'est pas assez avancée ; il est bon alors de faire lire les malades ; on constate d'abord que tous lisent vite, avec des temps d'arrêts, après lesquels ils partent tout d'un coup pour s'arrêter de nouveau après quelques instants de lecture ; peu à peu leur défaut de prononciation s'accroît et l'on peut alors retrouver les caractères que nous venons d'assigner à la parole des paralytiques généraux.

Ces troubles dans la motilité de la langue et des lèvres sont des signes importants qu'on doit toujours noter, mais ce ne sont pas les seuls. On voit souvent des mouvements automatiques cessant sous l'influence de la volonté pour reparaitre dès que l'attention du malade est fixée sur autre chose.

Un signe qui avait échappé à l'attention de Bayle et d'Esquirol a été mis en lumière par Baillarger, c'est l'inégale dilatation des pupilles que l'on retrouve dans un tiers environ des cas de paralysie générale. C'est un phénomène de début qui précède souvent toute manifestation intellectuelle. On observe tantôt de la dilatation, tantôt du resserrement de l'une des pupilles, l'autre restant normale. La pathogénie de ce signe a été rapportée à la congestion de certains départements vasculaires de l'encéphale ou à des scléroses partielles du nerf moteur oculaire commun. C'est un bon signe, mais dont cependant il ne faut pas exagérer l'importance, car il peut manquer dans la paralysie générale, et d'autre part on le retrouve dans un certain nombre d'affections qui peuvent intéresser le grand sympathique le long de son trajet. C'est ainsi que des affections du cœur, de l'aorte, ont pu amener des troubles oculo-pupillaires. Toutefois ce signe qui, pris isolément, n'aurait pas une grande valeur en acquiert au con-

traire une très-considérable lorsqu'il s'ajoute aux autres troubles de la motilité qu'il vient alors corroborer utilement. Ce ne sont point là, d'ailleurs, les seuls groupes musculaires qui peuvent être intéressés dans la paralysie générale. Souvent les membres inférieurs et les membres supérieurs sont le siège de troubles qui donnent lieu à des symptômes divers. Les troubles de la motilité dans les membres abdominaux impriment à la démarche des paralytiques généraux un caractère tout particulier. Ces malades se jettent un peu en avant ils ont les jambes écartées, le torse est saillant, les reins cambrés, ils marchent avec un air de satisfaction et de placidité tout spécial.

Pendant que les malades sont en mouvement, vient-on à les appeler brusquement ou à les faire tourner tout-à-coup, leur démarche devient moins assurée, ils hésitent avant de poser les pieds à terre, et le trouble peut même aller jusqu'à produire une chute. On constate d'ailleurs assez souvent chez ces malades une sorte de folie ambulatoire, ils sont pris sans motif aucun, d'une envie irrésistible de mouvement, ils échappent à leurs surveillants et vont marchant sans aucun but. La plupart du temps ces promenades finissent d'une manière désagréable pour eux, car après qu'on les a vus parcourir pendant longtemps les mêmes endroits on s'enquiert de ce qu'ils veulent ou de ce qu'ils cherchent. La perte de la mémoire ou la difficulté de la parole les met alors dans l'impossibilité de répondre.

Les muscles des membres thoraciques peuvent, eux aussi, être le siège de troubles de la motilité. Ces troubles s'accusent tout d'abord par du tremblement, mais un tremblement de nature particulière et bien différent de celui qu'on peut observer chez les alcooliques ou les malades atteints d'atrophie musculaire progressive.

Si nous faisons étendre la main à un alcoolique, nous voyons que ses doigts sont agités de petites trépidations à courtes saccades, il y a six ou huit oscillations par seconde,

elles sont régulières, rythmées, coïncidant avec celles du côté opposé. De plus, la direction du mouvement est un peu oblique, ce qu'il est facile de bien sentir quand on soutient avec le doigt la main étendue d'un alcoolique, il semble alors que la partie tremblante vienne frotter obliquement le doigt de l'observateur. Dans l'atrophie musculaire, ce tremblement n'est pas généralisé ; il affecte isolément certains groupes de muscles, ceux de l'éminence thénar, par exemple, ce sont des mouvements fibrillaires, très-petits, provoqués par un choc même léger sur la partie malade.

Le tremblement de la paralysie générale ne présente pas ces particularités ; ce n'est pas une trépidation franche comme dans l'alcoolisme, il n'y a pas à proprement parler d'oscillation en masse, mais une série de petites ondulations successives, inégales en durée, non rythmées, se produisant tantôt dans un point, tantôt dans un autre. Lorsque le malade en observation exerce une profession, où une grande habileté de mains est nécessaire, ces troubles de la motilité sont facilement perçus. Lorsqu'il s'agit de malades exerçant une profession qui exige peu de mouvements précis et très-petits il est bon de les faire écrire. On trouve alors dans l'écriture des paralytiques généraux la marque des désordres intellectuels et des troubles de la motilité.

L'écriture, dans son ensemble, est tremblée, les lettres généralement petites sont inégales entr'elles, souvent écartées les unes des autres. Puis, fait important et qui se retrouve dans presque tous les cas, il y a des lettres et même des syllabes passées par le malade. Ainsi, pour écrire mieux, il mettra *meux*.

Au résumé, ce qui caractérise les troubles qui font le sujet de cette étude, c'est leur généralisation, (langue, lèvres, bras, jambes, etc.) leur marche paroxystique et leur mobilité. Les paralysies surviennent en effet, tout-à-coup et peuvent disparaître au bout de quelques jours ou de quelques semaines. Souvent aussi, quand la partie affectée guérit, une autre se

prend à son tour. Un dernier caractère important de ces paralysies, c'est qu'elles ne sont presque jamais complètes. On a même voulu considérer comme excluant l'idée de paralysie générale une paralysie complète quelconque. Mais c'est là une affirmation trop absolue, bien que vraie dans la majorité des cas.

Il conviendra donc de porter toujours un pronostic très-réservé sur la nature d'une paralysie incomplète, survenant tout-à-coup et qui guérira très-vite. Souvent elle sera l'un des signes révélateurs de la paralysie générale dont on connaît toute la gravité.

DR. S. A. LONGTIN,

LAPRAIRIE.

ALCOOL.—(Suite.)

Emploi de l'alcool dans les maladies aiguës et les fièvres.—L'emploi médical de l'alcool dans les maladies aiguës et les fièvres, encore très-controversé aujourd'hui ne date guère que de quelques années.

Cependant, comme autrefois, l'alcool avait été employé sous forme de boissons fermentées, le peuple s'en était souvenu et l'administrait encore quelquefois aux malades. Les pratiques du peuple, en effet, c'est-à-dire la médecine populaire, peuvent être souvent considérées comme une sorte de lien entre la tradition et la science.

L'usage de l'alcool dans les fièvres est dû à Todd. Il appartenait bien à l'Angleterre, patrie de l'asthénie, de faire, la première, la réputation de l'alcool.

Todd considérait cet agent comme un moyen de stimulation propre à contribuer au relèvement des forces. Mais, en

autre, il voulait doter l'alcool de qualités qu'il ne possède qu'accidentellement et indirectement. Il en fit un tonique véritable, un agent de restauration, un moyen de réfréner l'exagération morbide des grandes fonctions.

Sous cette impulsion, l'usage de l'alcool fit des progrès rapides, trop rapides, car aujourd'hui nous nous trouvons dans la nécessité de chercher à enrayer la pratique trop exclusive de Todd.

Nous savons, en effet que si l'alcool possède le pouvoir d'abaisser la température, il ne possède ce pouvoir que dans certains cas déterminés. quand il y a désordre des fonctions de calorification et de circulation, et non point simple exaltation.

L'alcool, en stimulant des fonctions déjà exaltées, ne pourrait qu'augmenter le mal, nonobstant l'axiome déjà cité : *febris spasmos solvit*, et nonobstant cet autre, si vrai, dans d'autres circonstances : *sanguis moderator nervorum*.

C'est aux cas d'ischémie et d'atonie générale que se rapportent les précédents aphorismes. Ces cas s'accompagnent de symptômes de spasmes et de délire analogues à ceux de l'exaltation fonctionnelle, que l'on observe dans la syncope, à laquelle se joignent si souvent des convulsions, ainsi que l'expérimentation le démontre chez les animaux saignés à blanc aux quatre veines.

D'autres symptômes nerveux, tels que la céphalée, les bruissements d'oreille peuvent être le résultat de la congestion du cerveau aussi bien que de l'anémie de cet organe, de l'hypoglobulie générale. Tous ces symptômes sont souvent des signes prémoniteurs de la syncope. Nous en dirons autant des troubles de la vue, des palpitations cardiaques, etc...

Ces différences dans l'étiologie des symptômes nerveux ont causé beaucoup d'erreurs. Ces distinctions expliquent encore les succès obtenus à l'aide de médicaments très-divers indistinctement prônés par des empiriques de différent ordre.

Ces différences doivent être rapportées à la fièvre elle-même.

La fièvre n'est point toujours identique à elle-même, loin de là ; il en existe même deux types principaux tout à fait opposés.

Prenons des exemples : La fièvre franche angioténique ou angéioténique est caractérisée par une grande élévation de la température, mais aussi par une combustion intense. Ces deux phénomènes sont proportionnés l'un à l'autre, ils se suivent, pour ainsi dire, du même pas, ils sont parallèles.

La production de l'urée augmente alors dans des proportions considérables. On en a trouvé jusqu'à 100 grammes par litre d'urine. Nous nous rappelons avoir dernièrement trouvé dans un cas de variole au début, une telle quantité de cristaux de nitrate d'urée dans l'urine traitée par l'acide nitrique, que nous fûmes désireux d'en faire l'analyse, Nous fîmes cette analyse avec l'aide du professeur Wurtz, et nous employâmes à cet effet les urines du lendemain, beaucoup moins chargées que celles de la veille, et néanmoins elles renfermaient encore l'énorme proportion de 93 grammes d'urée par litre d'urine.

Dans les cas de cette sorte, il y a également une notable augmentation de la quantité d'acide urique, ce qui prouve déjà un premier degré de combustion des matières quaternaires.

Cette fièvre franchement inflammatoire, ainsi caractérisée, s'observe particulièrement au début des fièvres exanthématiques, des pneumonies, des angines, etc. Elle donne lieu à une sensation des plus pénibles de chaleur intense. Le sujet qui en est affecté recherche la fraîcheur et le contact des objets froids. Il se découvre et s'efforce de repousser les édredons et les couvertures, ce que voyant, les gardes-malades s'empressent généralement de rajuster le lit et de remonter les couvertures jusque sur le visage du pauvre patient qui n'en retire d'autre bénéfice qu'un plus grand malaise.

Les malades fournissent ainsi eux-mêmes des indications précieuses à qui sait les recueillir.

Il est de fait que dans les affections qui s'accompagnent de fièvre inflammatoire, l'alcool et tous les stimulants, quoi qu'on ait dit, ne pourraient que nuire et augmenter le malaise.

Dans les conditions précédentes, la dénutrition est toujours très rapide et les urines prennent une couleur particulière due à une matière colorante provenant de la destruction des globules. L'amaigrissement devient considérable en très-peu de temps.—(A continuer.)



* Des injections profondes de chloroforme pour soulager le tic douloureux.

L'auteur appelle injection profonde de chloroforme l'introduction de l'aiguille de la seringue de Pravaz dans les tissus jusqu'au voisinage du tronc nerveux dont les branches périphériques sont le siège de la douleur. Dans les cas qu'il a rapportés la douleur siégeait dans la branche sous-orbitaire du nerf trijumeau. Dans ces conditions l'opération consiste à passer l'aiguille au-dessous de la lèvre supérieure de manière à la conduire jusqu'au voisinage du trou sous orbitaire ; alors l'on injecte une petite quantité de chloroforme pur. Au moment de l'injection le malade éprouve une douleur très-vive qui dure quelques minutes ; puis un sentiment d'engourdissement et d'anesthésie des parties où diffuse le chloroforme. enfin une induration qui persiste quelques jours.

L'engourdissement de la lèvre et des joues continue pendant un temps variable, une semaine et même plus. La

somnolence qui succède à l'injection n'est jamais très-intense et ne présente aucun caractère alarmant, l'auteur n'a pas jusqu'ici vu se produire d'abcès.

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

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

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

H. CHOUPE.

De la création d'un vagin artificiel et des suites éloignées de cette opération.

PAR

M. LE PROFESSEUR DOLBEAU.

Cette note contient l'histoire très-intéressante d'une jeune fille traitée en 1866, à l'Hôtel-Dieu, pour une absence congénitale du vagin, dans le service de Jobert, suppléé par M. Dolbeau.

La jeune fille, âgée de quinze ans, non réglée, éprouvait chaque mois des accidents graves—douleurs lombo abdominales très-vives, nausées, vomissements, fièvre — qui firent un instant craindre une terminaison funeste. Le médecin traitant constata que ces accidents étaient dus à un vice de conformation congénital des parties sexuelles, et la malade entra à l'Hôtel-Dieu dans les premiers mois de l'année 1866.

Cette jeune fille possédait une vulve normale avec une membrane hymen pourvue d'un petit orifice central, mais derrière laquelle il n'existait pas de prolongement vaginal.

M. Dolbeau ne donne pas ici la situation exacte de la vulve mais la suite de l'observation indique qu'elle occupe la place du périnée et qu'elle est très-peu distante de l'orifice anal.

Le toucher rectal, le palper abdominal, prouvèrent que l'urèthre et le rectum étaient accolés dans une longueur de quatre centimètres environ ; qu'une tumeur existait au delà de cet accolement, à six centimètres environ de l'anus ; que le vagin faisait défaut ; que, cependant, sa portion cervicale existait probablement.

M. Dolbeau pensa qu'il était urgent d'intervenir.

Il incisa le périnée, comme pour la taille prérectale de Nélaton, décolla l'urèthre d'avec le rectum, et parvint sur la tumeur, qu'il ouvrit.

D'après les indications qui se trouvent plus loin, la vulve occupant le périnée a probablement été intéressée dans l'incision périnéale.

La tumeur était formée par le col de l'utérus entouré de caillots sanguins.

Les caillots s'écoulèrent. La suppuration du caual artificiel se fit sans accidents graves. On n'eut recours ni aux canules, ni aux mèches. On abandonna pour ainsi dire à lui-même le conduit qu'on avait créé. Tous les deux jours le toucher vaginal fut pratiqué. Cette exploration permit de constater le resserrement des parois du nouveau vagin, surtout au niveau des parties profondes.

Plus d'un mois après l'opération, la malade n'avait pas vu ses règles apparaître. Avant qu'une seconde époque fût arrivée, la jeune fille quittait l'hôpital.

Un mois plus tard elle y rentre. Le canal vaginal est conservé en avant, mais dans la partie postérieure ou cervicale il se réduit à un trajet fistuleux ; le doigt ne peut-être introduit jusqu'au col.

La jeune fille étant plongée dans le sommeil anesthésique on dilate avec le doigt tout le trajet vaginal et on arrive jusqu'à l'utérus.

Puis le vagin est maintenu élargi avec un gros cylindre en étain, cylindre que la malade introduit elle-même chaque matin.

Le 18 août les règles reparaisent.

Le 4 octobre, le vagin reste perméable, on peut y introduire deux doigts.

La deuxième période de cette observation est postérieure de six années. En mars 1872, l'opérée bien portante, bien réglée, désirant se marier, vient adresser à M. Dolbeau ces questions : " Puis-je devenir enceinte et pourrais-je accoucher ? "

Pour répondre à ces questions, M. Dolbeau fait un examen complet et constate que la vulve normale, quoique située un peu trop en arrière, est l'entrée d'un canal muqueux qui commence là où devait exister le périnée, et permet d'introduire facilement l'index et le médium réunis. Le canal est long de 5 centimètres environ, son extrémité supérieure fibreuse va se rétrécissant et se termine par un orifice à travers lequel le doigt ne peut pénétrer, mais qui donne passage à un hystéromètre dans une longueur de trois à quatre centimètres.

Le toucher rectal montre que l'utérus est à sa place.

Le résultat de la consultation fut..... qu'en cas de grossesse rien ne semblait s'opposer à la migration de l'enfant.

En novembre 1873, la jeune femme, au bout de sept mois de grossesse, était au travail de parturition.

L'orifice fibreux, rétréci, cicatriciel, de la portion supérieure ou profonde du canal vaginal artificiel ne se dilatait pas et opposait un obstacle infranchissable au passage du fœtus qui le repoussait au devant de lui.

M. Dolbeau dut pratiquer, avec un lithotome double, un débridement bilatéral de l'orifice rétréci, et l'expulsion d'un fœtus mort eut lieu, quarante-huit heures environ après le commencement du travail.

Les règles sont revenues le 25 janvier 1874.

En un mot le coït et la fécondation ont pu avoir lieu au moyen du vagin artificiel, et il est probable que l'accouchement eût été plus facile si on avait maintenu la dilatation de la portion cervicale du vagin.

BOCHEFONTAINE.

Cas d'exploration manuelle de l'abdomen par le rectum.

Une jeune fille, l'hiver dernier, qui avait été renvoyée de la maternité de l'hospice Ste. Pélagie, par le médecin alors en service, Mr. le Dr. G. O. Beaudry qui avait refusé de croire à sa grossesse, ayant été ramenée de nouveau dans les salles de cet établissement, ce médecin nous fit appeler avec Mr. le Dr. Trudel pour avoir notre consultation.

Cette jeune personne pleine d'embonpoint, déclarant avoir eu des rapports illicites, ne voyant pas ses règles, ayant l'auréole du mamelon des seins d'une couleur brunâtre, l'ombilic saillant, le col de l'utérus inaccessible au toucher et ne permettant pas par conséquent de tenter le ballotement, il fut décidé de faire l'exploration manuelle de l'abdomen par le rectum ; car les circonstances exigeaient de nous un diagnostic immédiat et précis.

Après chloroformisation du sujet, la main lubrifiée avec de la graisse fut introduite dans le rectum et put constater l'état de vacuité de l'utérus, dont la position normale au-dessus du détroit supérieur pouvait, à elle seule, prêter le plus à l'erreur dans la circonstance actuelle, surtout après les autres données du cas. Les spectateurs purent sentir, à travers les

parois abdominales, dans tous ses points et à plusieurs pouces au-dessus de l'ombilic, la main exploratrice. Cet examen fut critiqué, dans le temps, par des médecins qui ne voulaient pas croire à ses détails, donnant pour raison la double courbure de l'S iliaque qu'ils disaient être impossible de franchir ; et à l'impraticabilité même de cet examen ils ajoutaient encore tous les dangers qui devaient nécessairement résulter de sa seule tentative. Toutefois il n'en fut rien, la jeune fille fut aussitôt renvoyée des salles et n'eut rien à souffrir des suites de cette exploration. Ce qui fut constaté par la surveillance même des médecins, entre qui la question fut discutée. Nous citons de la Revue des Sciences Médicales, le fait analogue qui suit nos remarques et qui justifie pleinement notre démarche. Mais avant, qu'il nous soit permis encore d'attirer l'attention sur tout le parti que l'on pourrait tirer de cette manœuvre, pour remédier aux conséquences terribles de la rétroflexion de l'utérus, dans les premiers mois de la grossesse, rétroflexion causée quelquefois par les drastiques irritants pris ou administrés dans le but criminel de causer l'avortement.

Nous nous rappelons une pauvre malheureuse qui, il y a déjà bien longtemps, a succombé, dans des douleurs atroces, à la suite d'un pareil accident, amené par ces mêmes circonstances. Lorsque nous fûmes appelé en consultation, l'utérus qui contenait un fœtus de quatre mois, était enclavé dans le petit bassin ; et après la mort de cette pauvre femme qui arriva quelques heures après notre visite, il fallut, à l'autopsie, scier les os du bassin pour en dégager l'utérus.

THS. E. D'ODET D'ORSONNENS.

M. D. & S.

Voici maintenant ce que rapporte la Revue des Sciences Médicales sur le même sujet :

Sur une femme qui, dans un accès de dysménorrhée douloureuse, avait tenté de s'empoisonner avec deux onces de chloroforme pur, le Dr. Leale trouva, en prenant la température rectale, le sphincter anal dans un tel état de relâchement, qu'il eut l'idée, pour stimuler la respiration et faire revenir la malade à elle-même, d'irriter directement le plexus solaire. Dans ce but, après s'être graissé préalablement la main et l'avant-bras, il l'introduisit dans le rectum à la profondeur de seize pouces; avec moins de difficulté dit-il, que l'on en éprouve pour pénétrer dans l'utérus après l'accouchement.

La double courbure de l'S iliaque fut le seul point difficile à franchir. Arrivée dans le colon descendant, la main, dont les doigts pouvaient être sentis et comptés à travers la paroi abdominale, à la hauteur de quatre pouces au-dessus de l'ombilic, put explorer facilement tous les viscères de l'abdomen, grâce à la mobilité du gros intestin. On trouva même dans l'utérus un fibroïde interstitiel de la grosseur d'une noix. Après cette exploration, la respiration devint plus active, et la malade reprit promptement connaissance. Il n'y eut aucune suite fâcheuse. Trois jours après, cette femme put reprendre ses occupations

H. DANLOIS.

Traitement du tour des reins par l'électricité.

M. Ch. Richet a eu l'occasion d'employer, dans le service de M. Le Fort, un nouveau procédé thérapeutique, pour guérir les ruptures musculaires, et en particulier cette affection que l'on nomme *tour de reins*. L'électricité d'induction fait rapidement disparaître la douleur, qui paraît être le seul symptôme de ces ruptures. Il vaut mieux se servir du courant induit que de l'extra-courant ; il y a de plus quelques précautions à prendre : mouiller les réophores, les appuyer fortement, procéder graduellement. La douleur disparaît au bout de 2 ou 3 minutes de faradisation, et, si elle reparait, il suffit d'une seconde ou d'une troisième séance pour amener la guérison complète.

CH. RICHEL.

INTERNE DES HOPITAUX.

(*France Médicale* du 6 Mai, 1874.)

Traitement du rhumatisme aigu par les appareils inamovibles.

PAR

LE DOCTEUR W. CÈHME.

L'auteur a fait des observations comparatives qui lui ont démontré l'influence favorable des appareils inamovibles sur les douleurs, sur la fièvre et sur la durée de la maladie. Les résultats de ces observations sont donnés dans un tableau statistique où se trouvent en regard 45 cas traités par la méthode ordinaire et 45 autres cas soignés par l'immobilisation.

La douleur disparaissait presque toujours peu de temps après l'application de l'appareil ; dans les cas les plus intenses, la douleur avait disparu complètement au bout de trois jours. Les articulations dans lesquelles la douleur persistait le plus

longtemps étaient toujours celles où l'application de l'appareil présentait le plus de difficultés. Ainsi, sur 226 articulations atteintes, 45 devinrent indolentes au bout d'une demi-journée; 63 entre le premier et le second jour; 69 le second jour; 38 le troisième jour, et les seuls cas où la douleur dura plus de 30 jours se rapportent aux articulations de la hanche, de l'épaule et des doigts.

Un second tableau démontre que la date de la disparition totale des douleurs est bien plus rapprochée du début de la maladie; tandis que la durée moyenne des douleurs est de 21 jours, elle n'est que de 13 jours dans les cas traités par l'immobilisation. Deux cas surtout ont été remarquables sous ce rapport, la douleur ayant disparu immédiatement après l'application du bandage.

La durée moyenne de l'état fébrile est diminuée de trois jours par l'application du bandage inamovible.

Il résulte de ce fait que la maladie elle-même se trouve abrégée dans sa durée; deux tableaux comparatifs se rapportant à 45 observations de chaque mode de traitement font voir que la maladie a diminué en moyenne de sept jours avec le bandage inamovible.

Il était important de savoir comment se comportent les complications cardiaques dans le rhumatisme traité de cette façon. Si les douleurs articulaires diminuent, si la fièvre dure moins longtemps, si enfin toute la maladie est abrégée, on peut espérer que les complications seront moins nombreuses. L'auteur n'a observé que 15 cas de complications cardiaques dont la plupart existaient déjà avant l'admission du malade. Mais il considère comme probable que la guérison rapide du rhumatisme articulaire diminue les chances de la complication cardiaque. En effet, d'après les observations de Francis Sibson (*Brit. med. Journ. Aug. 1870*), les rhumatismes avec complication cardiaque, durent plus longtemps que les autres; sur 27 cas avec endocardite, les douleurs articulaires ont duré 13 fois plus de 21 jours, tandis que sur 33 cas

sans complications, les douleurs articulaires n'ont dépassé que 5 fois cette durée.

A ce travail est annexé un tableau indiquant l'âge, le sexe du malade, l'articulation atteinte, les complications, le traitement, etc.

KLEIN.

Réséction intrabuccale du nerf dentaire inférieur

Par la méthode de Paraviccini, dans un cas de névralgie, guérison,

PAR

LE DR. MOSETIG-MOORHOE.

L'auteur rapporte une observation de névralgie paroxystique du maxillaire inférieur droit; les douleurs, très-intenses, duraient depuis six ans; l'extirpation successive de toutes les dents de la mâchoire inférieure de ce côté et l'excision du nerf à la sortie du canal dentaire étaient restées sans effet. M. M..... pratiqua la réséction d'un centimètre environ du nerf dentaire inférieur, avant son entrée dans le canal dentaire; la guérison fut immédiate et six mois après elle ne s'était pas démentie.—M. M..... a employé dans ce cas une méthode indiquée par Paraviccini pour pratiquer l'opération par l'intérieur de la bouche. D'après lui, cette opération n'a été exécutée que trois fois sur le vivant.

On divise la muqueuse sur le bord antérieur de la branche du maxillaire, puis on pénètre entre l'os et le muscle ptérygoïdien interne jusqu'à l'épine de Spyx, où on trouve le nerf dentaire inférieur, qu'il ne faut pas confondre avec le lingual, qui en ce point en est très-rapproché. M. M..... saisissant le nerf et l'artère qui l'accompagnait, commença par les fixer par une ligature pour pouvoir en réséquer une étendue suffisante. Ce procédé offre évidemment sur ceux où on opère de

dehors en dedans le double avantage de causer moins de délabrement et de ne pas laisser de cicatrice visible ; mais il présente, d'après l'auteur, une certaine difficulté en raison du manque de lumière et de l'étroitesse de l'espace dans lequel on agit.

T. EXCHAQUEI.

Opération de fistule à l'anus par la ligature élastique.

Le malade était un homme de trente-six ans, porteur depuis quelques années d'une petite fistule, s'ouvrant à l'extérieur à un demi pouce environ du bord anal, d'une longueur d'un pouce, dépassant un peu l'épaisseur du sphincter externe. La ligature fut passée dans la fistule au moyen d'un stylet aiguillé, traversant le rectum et serrée assez fortement. On prescrivit un suppositoire thébaïque en cas de douleur produite par la constriction des parties ; mais le malade ne souffrit aucunement et put assister l'infirmier dans les soins donnés aux autres malades pendant tout le temps de son séjour dans la salle.

La ligature tomba le quatrième jour, laissant une plaie granuleuse qui ne réclama que des soins de propreté et guérit comme d'ordinaire.

L'auteur reconnaît à l'emploi de cette méthode les avantages suivants : 1o. absence de douleur ; 2o. pas de crainte d'hémorrhagie ; 3o. le séjour au lit n'est pas nécessaire ; 4o. les fonctions de l'intestin ne sont pas entravées et suivent leur marche habituelle.

De l'emploi de la Pompe Stomacale.

PAR

LE DR. PAUL SCHLIEP.

L'auteur a entrepris le lavage et le curage de l'estomac à l'aide de la pompe stomacale dans la plupart des affections gastriques. Ce genre de médication, appliqué par Küssmaul à des cas de dilatation de l'estomac, a de nombreux partisans en Allemagne, mais n'a pas été adopté en France. Le Dr. Schliep a appliqué ce procédé thérapeutique principalement au traitement de la gastrite chronique idiopathique ou symptomatique, accompagnée ou non de dilatation. La guérison du catharhe chronique n'exige qu'un nombre très-restreint d'applications de l'instrument; dans les cas de catarrhe simple, neuf séances suffisent en moyenne; mais dans quelques cas deux ou trois applications ont suffi. Quand la gastrite est deutéropathique, un plus grand nombre de séances est nécessaire; mais dans ces cas encore les résultats sont très-satisfaisants; même dans la phthisie l'amélioration des digestions est presque constamment suivie de l'augmentation du poids du corps. Dans la dilatation de l'estomac, la pompe doit être employée le plus tôt et le plus régulièrement possible. L'estomac doit être vidé complètement tous les jours. Dans le cancer, l'emploi de la pompe stomacale constitue un moyen palliatif précieux.

L'auteur emploie pour le curage de l'estomac l'eau pure un peu chaude ou l'eau chargée des principes médicamenteux suivants : 1o. le bicarbonate de soude, quand la réaction des liquides stomacaux est très-acide; 2o. le permanganate de potasse, quand ces liquides offrent des signes de décomposition; 3o. l'acide phénique, quand l'estomac contient des parasites végétaux; 4o. l'acide borique comme désinfectant; 5o. la teinture de myrrhe dans la dyspepsie atone avec production abondante de mucus.

Du traitement de la constipation habituelle par le podophyllum,

PAR

LE DOCTEUR CONSTANTIN PAUL.

(Soc. Thérap. 9 Avril 1873.)

Le *podophyllum peltatum*, de la famille des berbéridacées, est une herbe vivace qui croît dans l'Amérique du Nord, aux Etats-Unis, où il est désigné aussi sous le nom d'Ipécacuanha de la Caroline. La tige est un rhizôme souterrain d'où s'élèvent des feuilles alternes, peltées, digitinervées, digitilobées; leurs fleurs sont solitaires. On obtient du rhizôme du *podophyllum* un extrait alcoolique nommé podophylline ou plutôt podophyllin.

Employé depuis un temps immémorial par les Indiens de l'Amérique du Sud, il fut introduit dans la pratique par les médecins américains du Nord, et en particulier en 1844 par le Dr. King, de Cincinnati, ensuite par Trousseau (*Clin. med.*) et Blondeau (*Bull. thérap.* 1864.)

La poudre de racine de *podophyllum* a une odeur vireuse comparable à celle de l'ipéca. A la dose de 0,50 à 1 gr. le *podophyllum* purge d'une manière très-sûre en donnant des garde-robes très-abondantes, bilieuses, et n'agissant que d'une manière modérée sur l'élément musculaire des intestins. A la dose de 1 gr. 50 à 3 gr. il agit comme les drastiques et produit des contractions violentes et douloureuses des muscles intestinaux, et peut déterminer des vomissements.

La dose moyenne est de 5 à 10 cent. pour obtenir une purgation. A forte dose, l'action irritante sur la muqueuse est très-marquée et produit des vertiges, des sueurs, des nausées, des vomissements.

Ce purgatif possède d'autres propriétés fort importantes; c'est de ne pas produire de constipation consécutive, de ne pas perdre son action après un emploi prolongé; c'est à la dose de 2 à 5 centigrammes, de provoquer, au bout de 10 à 12 heures, l'expulsion des matières contenues dans le gros intes-

lin, de sorte qu'en donnant une pilule de podophyllin le soir au moment du coucher, on provoque dans la matinée une garde-robe sans coliques.

A petites doses, il peut aussi agir sur les glandes salivaires, produire la salivation sans donner lieu à la gingivite ulcéreuse ou aux autres accidents du mercure (Ramskill). Déposé sur la peau, il est irritant, comme la scammonée. Il est doué aussi d'une action irritante sur les muqueuses nasale et conjonctivale, et produit quelquefois chez les personnes qui préparent le podophyllin une éruption vésiculeuse. Van der Corput l'a même signalée à la suite de l'administration interne du médicament.

ACTION THÉRAPEUTIQUE. Le Dr. Constantin Paul a employé avec grand succès le podophyllin à la dose de 0,03 cent. contre la constipation, suivant cette formule :

podophyllin	0,03 cent.
miel	q. s.

pour une pilule ; faites 20 pilules semblables qu'on argentera.

Il fait prendre au moment du coucher une pilule tous les soirs et le lendemain matin ; il se produit une garde-robe naturelle sans colique ni tranchées. On peut en faire prendre deux le lendemain, et ainsi jusqu'à ce qu'il y ait production d'une garde-robe. Les résultats obtenus ont été remarquables dans des cas de constipation entretenue par la grossesse ou des affections utérines.

Le Dr. C. Paul n'associe pas la belladone au podophyllin, comme le faisait Trousseau, parce que cette addition de la belladone a des inconvénients et peut produire quelques accidents toxiques. Habershon pense que l'adjonction du cannabis indica peut diminuer les coliques comme la belladone ou la jusquiame, quand on administre le podophyllin à dose laxative ; d'après lui, le chlorure de sodium augmenterait son action, et l'acide lactique la diminuerait.

On a encore employé le podophyllin contre la congestion du foie, les hémorroïdes, la colique hépatique, les affections

vermineuses. Van der Corput l'a aussi administré contre la colique hépatique sous cette forme :

Podophyllin	0,30
Ext. de noix vomique	} 0,30
— de belladone	

pour 10 pilules, 2 à 3 par jour.

D'autres auteurs l'ont employé pour en faire un révulsif intestinal dans les affections cérébrales (Habershon), contre la syphilis, la delirium tremens (Laycock); enfin on l'a même mis en usage comme emménagogue, et dans une épidémie de fièvre typhoïde, en 1871 (Hjaltelin, en Islande.)

Mais l'action la plus importante, la plus vraie est celle qu'il exerce sur la constipation.

HENRI HUCHARD.

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

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

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

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

Or, pour ces auteurs, un attentat, commis avec violence en deçà de la membrane hymen, serait d'une tout autre nature qu'un attentat commis également avec violence, mais accompagné de la rupture de la membrane obturatrice, de la défloration en un mot. Le premier attentat n'est qu'un simple attentat à la pudeur, le second est un viol.

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

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

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

D'autre part, la présence d'un hymen complet, signalée déjà par différents auteurs chez des femmes enceintes, plaide dans le même sens. M. Garimond rapporte un fait de persistance de l'hymen chez une femme mariée depuis plus d'un an et arrivée au terme de la grossesse. N'est-il pas certain que,

dans un cas semblable, l'intromission pourrait avoir lieu *avec violence*, sans que l'hymen soit déchiré, sans qu'il y ait défloration.

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

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

BOCHEFONTAINE.

Un fait de respiration intra-utérine

PAR

EDOUARD HOFMANN.

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

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

Jusqu'ici presque tous les faits de ce genre concernaient des cas dans lesquels l'accouchement avait nécessité des manœuvres spéciales, (version, forceps, céphalotripsie). On pouvait donc croire que ces interventions étaient absolument indispensables à la production du phénomène.

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

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

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

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

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

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

Ces conditions, dont les recherches de Schatz (*Arch. f. Gynækol.* 1872) et de Hegar (*R. S. M.*, II, 315 et IV 442) ont montré l'importance, sont :

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

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

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

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

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

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

J. B.

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

PAR

R. WREDEN.

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

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

Wreden, dans un précédent travail sur l'otite moyenne des nouveaux-nés (1868), et Wendt (*R. S. M.* . II, 396), ont les premiers signalé l'importance de ces faits au point de vue médico-légal.

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

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

10. Temps nécessaire pour la disparition total du coussinet : 24 heures suffisent pleinement tandis, qu'au bout de 12 heures la résorption est seulement partielle ;

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

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

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

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

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

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

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

J. B.

Contribution à l'étude de la paralysie diphthéritique.

PAR

LE DR. KARL KETLI.

Médecin de l'Hôpital des Enfants, à Pesth.

La paralysie qui succède à l'angine diphthéritique n'est pas toujours proportionnelle à l'intensité de la diphthérie. Parfois une diphthérie légère produit une paralysie très-étendue et *vice versa*. La paralysie peut se produire pendant ou après l'inflammation diphthéritique. Elle attaque le plus souvent d'abord les muscles du voile du palais ; parfois cependant elle apparaît sur d'autres points et n'atteint qu'ultérieurement le voile du palais, qu'elle respecte même dans certains cas, ainsi que le prouvent les observations publiées par le professeur Bokai (*Orvosi hetilap*, 1863) sous le titre de : Paralysie ascendante de l'enfance.

Après le voile du palais, les muscles des yeux sont le plus fréquemment atteints par la paralysie. Il résulte des recherches d'Eulenburg que le sphincter irien et le tenseur de la choroïde sont d'ordinaire les premiers paralysés. En outre, les muscles moteurs du globe oculaire peuvent être alternativement affectés, la paralysie frappant, par exemple, le muscle droit interne un jour, et le lendemain se portant sur le

muscle droit externe ou inversement. Cette forme de paralysie alternante est tout-à fait caractéristique de la diphthérie.

Quand à l'amaurose diphthéritique admise par quelques auteurs, et en particulier par Frerichs, le Dr. Kelli en conteste la réalité. Selon lui, les cas qui ont été décrits sous ce chef ont été pour la plupart mal observés ou confondus avec les paralysies musculaires de l'œil.

Lorsque la paralysie envahit les muscles des extrémités ou du tronc, les malades éprouvent des sensations d'engourdissement, de faiblesse, dans les parties atteintes, qui peu à peu augmentent jusqu'à devenir de la paralysie complète. Cette paralysie est le plus souvent exclusivement motrice ; parfois cependant elle affecte simultanément la sensibilité. Frerichs et Gerhardt ont cependant cité des cas d'anesthésie pure et simple. Lorsque la paralysie motrice des extrémités est compliquée d'un certain degré d'anesthésie, il peut se produire quelques symptômes d'ataxie dont la ressemblance avec les phénomènes tabétiques a pu induire en erreur certains observateurs et leur faire admettre à tort l'existence d'un tabés diphthéritique. La paralysie des extrémités est en général symétrique, et ne s'accompagne ni de douleur ni de fièvre. La contractilité électro-musculaire est conservée au début et ne s'affaiblit qu'au bout d'un temps généralement assez long. D'après les recherches récentes de Gerhardt, la sensibilité électrique serait diminuée dans certains nerfs vers la périphérie, et resterait, au contraire, normale près du centre. Quand à la température des membres paralysés, dans les quatre cas rapportés par Bokai, elle était normale dans trois et un peu diminuée dans le quatrième.

L'évolution des paralysies diphthéritiques est ordinairement rapide et favorable. Dans les cas heureux, c'est après peu de jours que les muscles reprennent leur contractilité et leur force ; d'autres fois la paralysie persiste pendant quelques semaines, plus rarement elle dure des mois entiers.

Dans certains cas, heureusement moins fréquents, la paralysie revêt une forme plus grave et tend à se généraliser, et les malades meurent alors d'asphyxie par impuissance motrice des muscles respirateurs. L'auteur cite à ce propos l'observation d'un jeune malade qui, à la suite d'une angine diphthéritique, fut atteint d'une paralysie du diaphragme, et peut-être aussi des muscles bronchiques qui donna lieu à une violente dyspnée, et, plus tard, à des accès d'asphyxie si intenses que sa vie paraissait être sérieusement en danger. L'administration d'un vomitif rendit la respiration plus facile et quelques semaines après l'enfant quittait l'hôpital complètement guéri. Le plus souvent la terminaison est moins favorable, la paralysie du diaphragme est rebelle à tout traitement et les malades meurent d'asphyxie.

La pathogénie des paralysies diphthéritiques est encore le sujet de nombreuses hypothèses, parceque l'anatomie pathologique n'a fourni jusqu'ici que des résultats négatifs. L'opinion de Bretonneau, dit l'auteur, n'est plus acceptée aujourd'hui; celle de Trousseau partagée par Frerisch, et plus récemment par Bokai, et qui consiste à chercher la cause de la paralysie dans une intoxication diphthéritique du sang, n'explique guère la localisation spéciale du processus paralytique. Remak invoque, en pareil cas, une altération du grand sympathique cervical. Weber, et avec lui Eulenburg, admettent une dégénérescence des nerfs partant du foyer diphthéritique et suivant une direction centripète; celle-ci, parvenue dans la moelle, peut irradier dans les diverses sphères nerveuses. Weber compare ce processus à celui du tétanos provenant d'une lésion périphérique. Sénator rapproche ces paralysies de celles qui surviennent après la dysenterie ou qui se montrent dans le cours de la puerpéralité. Selon lui, il n'y a pas, à vrai dire, de paralysie spécifique liée à la diphthérie, mais une simple propagation de l'inflammation de la muqueuse aux ramifications nerveuses comprises dans le foyer diphthéritique, et de là soit aux par-

ties périphériques, soit aux centres nerveux (*neuritis migrans* de Leyden, névrite ascendante). Les cas légers guérissent presque sans aucun traitement ; dans les formes plus rebelles on emploie avec succès l'électricité, les bains, le massage et les toniques.

D'après Eulenburg, les muscles paralysés sont quelquefois atteints d'une atrophie à évolution très-rapide, qui peut ressembler à l'atrophie musculaire progressive, ainsi que le prouve l'observation suivante :

E. O....., petite fille âgée de trois ans, est atteinte d'angine diphthéritique. Trois jours après son entrée à l'hôpital, sa voix devient nasonnée et sa parole presque inintelligible ; bientôt les extrémités inférieures s'affaiblissent au point que l'enfant ne peut plus se tenir debout. Peu à peu cette faiblesse s'étend aux membres supérieurs, et quelques jours après (six semaines après le début de la maladie) elle présente du strabisme et un torticolis paralytique. L'acuité visuelle reste intacte ; les pupilles sont un peu plus larges que normalement, en même temps que leur contraction est devenue plus lente. Le voile du palais et la luette sont paralysés. La sensibilité et la contractilité électro-musculaire restent cependant parfaitement normales. Les branches dites respiratoires du nerf facial gauche ont perdu leurs fonctions. Cette paralysie faciale partielle est un fait très-exceptionnel qui ne semble avoir été mentionné jusqu'ici que par Rosenthal (*Wiener med. Press.*, 1868, no. 26). La température des membres inférieurs est de 10. 1/2 R. plus basse qu'aux autres parties du corps, et la peau de ces parties offre une teinte cyanotique. Cette paralysie disséminée fait d'incessant progrès ; quelques jours après l'enfant est prise de dyspnée violente par suite de la paralysie du diaphragme, qui s'accroît pendant la semaine suivante, et finit par disparaître complètement au bout de quinze jours, ainsi que tous les autres accidents paralytiques.

L'auteur s'appuie sur la marche de la paralysie dans le cas précédent et sur sa prompte disparition, pour admettre, en

thèse générale, la nature purement nerveuse de cette complication. Nous nous bornons à signaler, sans autres commentaires, ce fait qui peut servir de conclusion au précédent travail, que nous avons cru reproduire presque *in extenso*, parcequ'il résume assez bien les travaux faits sur cette importante question.

F. LABADIE-LACRAVE

De l'asphyxie laryngée dans la variole.

PAR

LE DR. ANTONIN CELLARD.

Ce travail, basé sur l'analyse de 16 observations avec autopsie, donne une idée fidèle des divers accidents laryngés qui peuvent survenir dans le cours de la variole, et complète le tableau clinique des accès de suffocation que présentent certains varioleux.

Il ressort de cette analyse un premier fait : c'est que les accidents asphyxiques causés par la présence dans le larynx de pustules varioliques sont moins rares qu'on ne se le figure, et qu'ils entraînent fréquemment la mort des malades. Celle-ci peut se produire soit très-rapidement, soit plus lentement et par degrés.

Les causes laryngées de l'asphyxie, chez les varioleux, ne sont pas toutes les mêmes, et l'on peut les diviser en cinq groupes principaux.

a) Dans une première catégorie, l'accumulation, à un moment donné, des mucosités visqueuses et adhérentes dans les voies aériennes, par une sorte d'hypersécrétion des glandes muqueuses, a paru déterminer la suffocation.

b) Le plus souvent, il s'agit d'un œdème aigu de la glotte, qui reconnaît lui-même, suivant les cas, des causes différentes.

Tantôt ce sont les pustules varioliques développées sur la muqueuse du larynx qui provoquent la tuméfaction des replis ary-épiglottiques ; tantôt c'est une nécrose des cartilages, survenue en général pendant le décours de la variole ; enfin, dans les formes hémorrhagiques et malignes de l'exanthème, on a vu parfois une infiltration sanguine sous-muqueuse aboutir au même résultat.

c) D'autres fois, c'est l'extension au larynx d'une angine pseudo-membraneuse, maligne, qui détermine les accès de suffocation. Ces cas, observés chez des enfants, à l'hôpital, doivent être considérés comme des complications de diphtérie et de croup intercurrent.

d) En revanche, dans certains cas, il se fait encore une laryngite et une angine pultacée, mais qui ne paraît avoir rien de spécifique. Ces cas relèvent directement de la variole. Le danger est dû à l'accumulation des produits épithéliaux dans l'arrière-gorge et le larynx, avec exfoliation incessante de la muqueuse.

e) Enfin, on a vu parfois un abcès périlaryngien, venant faire saillie dans le larynx, déterminer l'asphyxie.

Le pronostic de ces divers accidents est toujours grave, car ils agissent toujours en provoquant les accès de suffocation et l'asphyxie mécanique. La complication la plus sérieuse est l'angine couenneuse survenant chez un varioleux.

Le traitement médical est peu efficace : les révulsifs, les émissions sanguines sont sans action : les pulvérisations de liquides dans la gorge ne suffisent pas à conjurer des accidents imminents. La trachéotomie est la seule ressource dans les cas urgents.

Acide phénique et maladie zymotique,

PAR

LE DR. J. DOUGLAS.

(The Lancet, 30 Août 1873.)

Des expériences qu'il a instituées, l'auteur croit pouvoir conclure que l'acide phénique n'est point antizymotique. Si une goutte de vaccin, dit-il, n'est altérée ni par un séjour de trente-six heures au sein d'un pied cube de vapeur phéniquée concentrée, ni après être restée mélangée pendant dix jours à un cinquantième d'acide, il est certainement évident que l'action destructive de l'acide phénique sur le virus de la variole et autres poisons zymotiques doit être nulle, car les expériences peuvent avoir lieu dans des conditions de rigueur que la pratique ordinaire ne permet pas d'atteindre. En réalité, cet acide est un assez bon antiseptique, mais l'action antizymotique est tout autre chose. Antisepticité est synonyme de préservation, nullement de destruction. Comme le prouve l'intégrité physique et physiologique du fluide vaccinal soumis à l'acide phénique, celui-ci, loin d'abolir les propriétés du corps qu'il protège contre la septicité, les conserve ou, tout au moins, les laisse intactes, en sorte qu'au lieu de détruire les contagies, il en prolongerait plutôt l'existence. Or, en face des poisons zymotiques, c'est d'agents destructeurs qu'on a besoin, et ces agents, d'après les expériences de l'auteur, sont principalement les acides minéraux.

P. GINGEOT.

La vaccination est le prophylactique reconnu de la variole, et celle-ci ne peut se communiquer que par l'inoculation directe ou par les voies respiratoires. Quand dans une famille il y a un varioleux, outre la vaccination ou la revaccination, il est donc de la plus grande importance de neutraliser ou plutôt de détruire de suite les miasmes zymotiques qui se dégagent du malade et de ses excrétiions, rien ne remplit

mieux le but que le chlore que l'on peut faire dégager en mettant dans chaque appartement une assiette avec du chlorure de chaux et un peu d'eau que l'on remue de temps en temps. Il se dégage continuellement alors du chlore qui se combine avec l'hydrogène des gaz qui composent le miasme zymotique ; celui-ci se trouve détruit, son inhalation n'a plus d'effet par conséquent sur les personnes qui sont dans son atmosphère ; j'ai toujours réussi par ce moyen à empêcher la contagion, je fais même toujours mettre du chlorure de chaux, dans ce but, dans le cercueil de ceux qui succombent à cette maladie, car ces morts transportés dans d'autres localités, sans cette précaution, pour leur inhumation, y ont toujours répandu le triste fléau.

Le chlore doit donc toujours être préféré dans ces circonstances et autres analogues à l'acide phénique comme l'explique et le démontre si bien l'article ci-dessus de P. Gingeot.

NOTE DU RÉDACTEUR.

Un nouveau procédé d'ensevelissement.

PAR

T. STANECK.

Ce nouveau mode d'ensevelissement est vraiment original. Il consiste à envelopper le corps dans du ciment ou de la chaux hydraulique et à laisser sécher. On obtient ainsi un bloc dur comme du granit, de 2 mètres de long sur 50 centimètres de haut et de large. Le contact de l'air étant absolument empêché, la putréfaction est excessivement lente, et ne peut avoir aucune influence délétère. La piété y trouve son compte, puisque le procédé permet de conserver les cadavres pendant plusieurs milliers d'années, la médecine légale aussi

puisqu'il n'y aurait plus de terme à la possibilité des autopsies médico-légales. L'espace serait épargné, puisque l'on pourrait se servir de ces blocs polis et ornés en guise des pierres tumulaires actuelles, ou pour élever de grands sarcophages à l'instar des anciens. "Les Egyptiens, s'écrie l'auteur, bâtissaient des pyramides *pour* leurs morts ; faisons mieux, et bâtissons ces pyramides *avec* les nôtres." Enfin, les frais de ce mode de sépulture ne présentent rien d'exagéré.

ZUBER.

Au Canada, dont l'hiver rigoureux force les fabriques, par ses neiges et la congélation de la surface de son sol, à placer les morts, durant près de six mois de l'année, dans des charniers pour les inhumer ensuite le printemps, ce procédé aurait du moins l'avantage de faire disparaître le triste et si horrible spectacle de tous ces cercueils accumulés les uns sur les autres, et laissant quelque fois suinter des liquides aussi nauséabonds que délétères ! Il présenterait de plus l'avantage de ne pas laisser respirer, à ceux qui sont obligés d'y venir, les miasmes qui peuvent s'échapper parfois des corps des personnes qui ont succombé à des maladies zymotiques et qui y sont indistinctement déposés. L'hygiène du moins y trouverait donc son compte et l'on ne verrait plus les parents, le cœur navré, s'éloigner avec horreur et précipitation de ceux qu'ils ont tant aimés, du moment qu'ils abordent le charnier !

L'été même, ce procédé permettrait encore d'élever de magnifiques pyramides dans les cimetières, économisant ainsi la surface du terrain que l'on voit, par le mode actuel d'inhumation, coupé en tous sens de longues tranchées, que l'on remplit des morts vulgaires, et dont quelques années plus tard les ossements sont rejetés sur les bords des nouvelles fosses que l'on est obligé de creuser au même endroit, pour y faire place encore à d'autres à leur tour ! Que de cimetières déjà la génération actuelle, après tous ces horribles boulever-

sements, a vus abandonner ! De plus, on pourrait, désormais, d'après ce mode nouveau, tapisser, pour ainsi dire, les humides murailles des caveaux de famille par ces blocs à chacun desquels on pourrait ajouter encore, et pis d'après nature, le buste de l'individu même qu'il contient. Revoir ainsi, dépouillée de toutes les horreurs de la mort, la figure bien-aimée de ceux que l'on pleurerait ne rendrait-il pas le culte sacré que l'on doit à leur mémoire plus cher et plus durable ?

Ne pourrait-on pas alors, avec les amis actuels, aller revoir encore tous les anciens amis !

Que seraient les monuments élevés jusqu'ici à la mémoire des héros ou des bienfaiteurs de l'humanité auprès de ces bustes pouvant représenter et éterniser pour ainsi dire jusqu'à leurs traits !

NOTE DU RÉDACTEUR.

HERMAPHRODISME BI-SEXUEL.

PAR

M. ODIN.

Un homme de 63 ans a été amené à l'Hôtel-Dieu de Lyon dans un état de coma complet, dû à une hémorrhagie cérébrale ; il mourut quelques jours après, sans avoir pu donner aucun renseignement sur ses antécédents. A l'autopsie on trouva que cet homme présentait un hermaphrodisme bisexuel, et la précision des renseignements donnés par l'auteur ne doit laisser aucun doute sur l'existence réelle de cette anomalie.

L'apparence extérieure du cadavre est masculine ; le système pileux est peu développé ; le pubis est assez bien fourni, mais le pourtour de l'anus est glabre. Les mamelons sont

très-développés, mais il n'y a pas de mamelle. Les organes génitaux présentent un pénis, surmonté d'un gland imperforé, creusé d'un sillon sur sa face inférieure; il est recouvert par un prépuce, sauf au niveau du sillon. La verge a dix centimètres de long, et un volume à peu près normal; à sa face inférieure elle présente un sillon qui unit le sillon du gland à un orifice par où s'écoule l'urine, situé en avant et au-dessous du pubis. La verge est insérée à la commissure de deux grandes lèvres qui lui forment en haut un capuchon comme à un clitoris. ces lèvres sont les deux divisions du scrotum; elles se terminent en arrière sans former de fourchette; entre elles se trouve le raphé médian du périnée qui s'étend de l'orifice urinaire à l'anus et mesure sept centimètres. A droite, près de l'anneau inguinal, on trouve une tumeur arrondie de la grosseur d'un œuf de pigeon renfermant un petit corps rond et mobile.

En partant de l'orifice urinaire, on trouve un canal de quatre centimètres de longueur, qui se termine en arrière par un orifice fermé incomplètement par une membrane annulaire comme un hymen; en avant de cette membrane un orifice conduit dans la vessie. La prostate fait complètement défaut. Derrière l'hymen se trouve un vagin de huit centimètres de long et six de circonférence; ses parois se continuent directement avec le col d'un utérus dont le corps rudimentaire se termine par un long cordon incliné à gauche. La cavité utérine a 8 centimètres de long. L'organe est contenu dans un repli du péritoine qui a la forme des ligaments larges; on y distingue les trois ailerons. Une masse charnue située à l'orifice péritonéal du canal inguinal droit renferme un testicule peu développé surmonté d'un épидидyme volumineux; un repli du péritoine représente la vaginale; à gauche cette masse charnue se trouve à l'orifice cutané du canal inguinal, et renferme de même un testicule et un épидидyme. Les testicules sont reliés aux vésicules séminales par les canaux déférents; celui de gauche n'a pu être suivi jus-

qu'à la vésicule. Les vésicules séminales sont situées près du col de la vessie, en avant du vagin.

Les masses testiculaires sont reliées au fond de l'utérus par des cordons ; à côté se trouvent des trompes imperforées, dont les pavillons sont très-développés, et se dirigent vers des corps allongés, irréguliers, renfermant de petits kystes et qui sont les ovaires atrophies ; cependant, au microscope, on n'y a pas trouvé d'ovules. Entre les ovaires et l'utérus on voit les restes de l'organe de Rosenmüller.

Cet individu portait donc un vagin, un utérus, des trompes et des ovaires, en même temps que des testicules, des canaux déférents et des vésicules séminales. C'est là l'hermaphroditisme bi-sexuel presque complet de Geoffroy-Saint-Hilaire. Il est regrettable qu'on ne connaisse pas les particularités physiologiques de ce cas extraordinaire dont les pièces sont conservées.

J. CAZALS.

Mr. le Dr. Rottot n'est plus membre de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

Mr. le Dr. d'Orsonnens doit partir sous peu de jours pour l'Europe.