

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 MEDICALE

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 II.



MONTREAL :

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

1880

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. II.

JANVIER 1880.

No. 1.

1880.

L'année 1879 n'est déjà plus ; elle est maintenant dans le domaine des choses qui ont passé. Elle a fui, emportant avec elle beaucoup d'illusions, beaucoup de misères, beaucoup d'espérances qui ne se sont pas réalisées.

Que sera l'année qui commence ?

Que nous réserve l'avenir ?

Nul ne le sait.

Les illusions de l'an dernier deviendront-elles réalités dans le cours de cette année ?

Les misères s'évanouiront-elles, et seront-elles remplacées par la joie et le bonheur ?

Les espérances passées prendront-elles corps et passeront-elles du domaine des chimères dans celui des choses qui existent ?

Nul ne le sait.

Mais ce que nous savons, c'est que l'an 1880 verra encore bien des illusions, et bien des espérances qui ne se réaliseront pas, bien des misères qui ne s'évanouiront pas.

Quoiqu'il en soit, que l'an 1880 soit meilleur que l'an 1879.

C'est ce que nous souhaitons cordialement à tous nos lecteurs.

Que la pratique soit reconnaissante et lucrative ; que tous les malades guérissent sous l'influence de leurs bons soins ; que la vie leur soit douce et que la joie et le succès couronnent chacune de leurs démarches ; que leur santé soit toujours florissante ; que les flots du Pactole remplissent leurs goussets d'or ; et qu'ils puissent chacun dérober quelques instants aux soins de leur clientèle pour alimenter les pages de l'*Abeille*, c'est ce que nous désirons de tout cœur pour nos abonnés.

Que l'amitié, que la bienveillance, que la concorde et la conciliation règnent toujours parmi les membres de cette belle profession ; chacun en retirera profit.

A nos confrères dans le professorat, nous souhaitons longue vie, existence heureuse, auditoire attentif et nombreux, et que leurs émoluments soient de dignes récompenses de leurs travaux et de leurs sacrifices.

A nos collègues dans le journalisme, santé, bonheur, succès et prospérité ! Une nombreuse liste d'abonnés *payant*, des travaux originaux importants et variés ; la primeur des nouvelles, et une direction sage et éclairée de l'opinion ; voilà en peu de mots ce que nous désirons pour tous.

Qu'arrivera-t-il cette année ?

Un des faits les plus importants qui doit avoir lieu, au moins quant à ce qui regarde la profession médicale dans la Province de Québec, c'est l'élection du nouveau Bureau des Gouverneurs, d'après l'acte de la Législature sanctionné le 31 Octobre dernier. Tout le monde sait que, d'après le choix de ces Gouverneurs, la paix et l'harmonie régneront dans tout le corps médical, ou les animosités les plus violentes, les haines les plus invétérées s'empareront des cœurs. Que chacun réfléchisse par conséquent avant d'agir. Les votes peuvent se donner par procuration ; à chacun d'examiner l'homme à qui il confiera son bulletin de votation, de ma-

nière que ces procurations ne servent plus à l'escamotage. Maintenant que la profession en général peut exercer certains privilèges, élire des représentants chargés de l'exécution de la loi et des réglemens, il est important que ces représentants, que ces délégués soient choisis avec le plus grand soin possible. Ce qu'il faut dans le Bureau des Gouverneurs, ce sont des hommes impartiaux, qui ne sont mûs ni par les sentimens d'animosité personnelle, ni par l'ambition la plus effrénée, mais qui soient convaincus des principes de la justice et de l'équité.

Des réunions des diverses associations médicales devront aussi avoir lieu dans le cours de cette année; des conventions médicales s'assembleront, des travaux importants se feront; la science continuera à progresser dans quelque-une de ses parties; des idées nouvelles, anciennes théories peut-être, revêtues d'expressions neuves, seront offertes à l'étonnement ou à l'admiration de la profession.

L'Abeille s'efforcera de diriger sagement et surement à travers ce dédale de nouveautés qui seront présentées; de manière que chacun puisse se former une opinion exacte sur la valeur de ces modifications ou de ces améliorations. C'est ainsi qu'en faisant connaître à l'étranger ce qui se fait ici, qu'elle guidera ses lecteurs dans la connaissance et l'appréciation des nouveaux moyens de traitement ou des nouvelles méthodes opératoires employés pour la guérison ou le soulagement de toutes les infirmités auxquelles est sujet l'homme depuis le moment de sa naissance jusqu'à celui de sa mort.

A nos lecteurs.

Avec ce numéro, l'*Abeille Médicale* commence sa seconde année d'existence. L'accueil favorable qu'elle a reçue, lors de son apparition, de la profession médicale nous fait bien augurer de l'avenir. Mais il ne faut pas que le zèle se ralentisse, ou que l'enthousiasme, qui s'est manifesté lors de ses premiers pas, s'éteigne ni disparaisse. Le nouveau venu dans le journalisme est déjà assez vigoureux, mais il lui faut une alimentation saine et succulente. Nous espérons donc que chacun de nos abonnés, que chacun de nos lecteurs s'efforcera de procurer à son journal des abonnés, et des lecteurs nouveaux.

Nous croyons devoir rappeler que l'abonnement est maintenant échu, et que c'est le meilleur moment pour le renouveler, et pour engager ses amis à en faire autant.

Comme on peut le voir par la table des matières du volume précédent, beaucoup de travaux originaux et intéressants ont déjà été publiés; que chacun de nos abonnés deviennent collaborateur, qu'il nous fasse parvenir des rapports des faits les plus importants de sa pratique, qu'il nous communique le résultat de ses études et de son expérience soit sur quelque maladie ou quelque médicament; qu'il émette son opinion sur les faits qui peuvent intéresser la science et la profession, et l'*Abeille Médicale* sera heureuse et fière d'en donner communication à ses lecteurs. Par ce moyen, l'*Abeille* sera véritablement un journal de médecine Canadien, ayant ses couleurs locales et des allures propres; elle sera, pour ainsi dire, la base ou la pierre fondamentale d'une littérature médicale nationale.

Dans le prospectus de ce nouveau journal, on lisait: " Les questions locales, les discussions qui regarderont l'intérêt de la profession, comme celui de l'École 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.”

Le journal n'a pas l'intention de se départir de cette ligne de conduite si sage. Toutes les questions qui intéressent la profession, souvent parce qu'elles touchent à l'Ecole de Médecine, seront exposées avec autant de calme et de clarté que par le passé. Mais, tout en traitant de ces sujets spéciaux, le journal aura toujours en vue le progrès de la science en Canada et l'unité d'action dans tout le corps médical.

Nous sommes tous solidaires les uns des autres. De même que les Institutions ne recherchent que le bien-être et le progrès du corps médical, de même la profession doit supporter et soutenir les Institutions qui l'ont formée. C'est pourquoi tout ce qui regarde les Institutions touche aux intérêts de la profession en général ; et, tout ce qui intéresse la profession a son influence sur les Institutions.

Amputation de la cuisse.

Cas rapporté par J. E. Bergeron. B. M. V.

Le 24 octobre dernier, on transporta à l'Hotel-Dieu, pour fracture des jambes, un employé du Grand-Tronc, Jos. B***, âgé de 21 ans.

Il était à 4 milles d'Acton Vale lorsqu'un char plate-formé lui passa obliquement sur les jambes et concassa les quatre os à leur tiers supérieur et à leur tiers inférieur. A une distance moyenne entre ces deux points se trouvait une forte contusion des muscles. J'ignore de quelles précautions on entourait l'infortuné en le ramenant du lieu de l'accident à Acton. Mais là, M. le Dr. V. Mignault le prit sous ses soins et se servit des appareils les plus convenables pour lui faire faire le trajet entre Acton et Montréal ; de plus, il l'accompagna lui-même.

M. le Dr. Brunelle à qui le patient fut alors confié ordonna l'immobilité et le repos absolu des jambes et un grand soin pour éviter toute compression de la part des appareils. La tuméfaction des muscles, l'hémorrhagie qui se faisait continuellement par les contusions et les grandes souffrances du malade semblaient défendre de faire plus, malgré qu'il y eût raccourcissement de la jambe droite.

Les os dans leurs parties broyées étaient réduits en petits fragments irréguliers devenus des corps dangereux pour les nerfs, les vaisseaux et les muscles. Un traitement tonique et stimulant releva bientôt les forces du malade qui jouissait d'ailleurs d'une constitution forte. Au bout de quelques jours la suppuration s'établit et devint assez considérable. Elle augmenta pendant 2 semaines pour la jambe gauche et diminua ensuite graduellement ; elle est nulle aujourd'hui et les os sont consolidés plus ou moins parfaitement. Quand à la jambe droite, à laquelle se rapporte le reste de mes notes, la suppuration en devint très-abondante. Divers abcès produisirent chaque jour de nouveaux foyers putrides et les forces de notre malade diminuèrent sensiblement. Au bout de 4 semaines il survint, quelque chose de plus grave encore, la jambe devint infiltrée et bientôt la cuisse et le tronc participèrent à l'œdème.

Trente-six heures environ après l'apparition de ces signes redoutables, la jambe, couleur violette foncée, était cyanosée dans ses deux tiers inférieurs et le malade poussait des cris lamentables. M. le chirurgien procéda de suite à l'amputation de la cuisse. Il choisit de préférence la méthode à deux lambeaux. L'artère femorale était volumineuse et donna beaucoup de sang qu'on laissa s'échapper librement pendant quelques secondes. On fit la ligature, mais pour plus d'un quart d'heure on laissa continuer l'hémorrhagie qui se faisait par les capillaires afin de dégorger les tissus. Par cette déplétion sanguine, je crois, l'état de la cuisse s'améliora ; l'opération était faite pour prolonger de quelques jours la vie du malade ;

mais, elle parut agir favorablement de deux manières : d'abord, en retranchant une partie morte qui menaçait sérieusement toute l'économie, ensuite, elle eut un effet sédatif et antiphlogistique puissant. Evidemment, le sujet était mal préparé et nous eûmes de graves inquiétudes dans les premiers jours qui suivirent l'opération.

Le jeune B*** est bien portant aujourd'hui ; le moignon est guéri et le temps achèvera bientôt la consolidation de la jambe gauche.

Un adenome à la région cervicale.

Cas rapporté par J. E. Bergeron, B. M. V.

M. le Dr. Brunelle fit, le 14 novembre dernier, sur Isidore B***, âgé de 48 ans et demeurant à Montréal, l'énucléation d'une tumeur siégeant sur le côté gauche du cou et qui existait depuis plusieurs années. De la grosseur d'un œuf d'oie et sur un sujet sanguin, cette proéminence présentait des apparences d'une tumeur vasculaire par sa participation au teint violacé de la figure. Après un examen minutieux cependant, M. le Dr. Brunelle opina en faveur de l'extirpation et il pratiqua l'opération dont voici quelques détails :

Il commença par deux incisions jusqu'à la base du cou c'est-à-dire, sur toute la longueur de la tumeur, circonscrivant un lambeau de peau large d'environ un pouce et demi. Saisissant ensuite les bords de la plaie avec une pince, il disséqua avec son scalpel d'abord pour continuer avec ses doigts tous les tissus qui couvraient la partie.

M. le chirurgien fit remarquer à l'auditoire qu'en mettant l'instrument tranchant de côté il n'usait certainement pas du moyen le plus prompt mais du plus prudent et du plus sûr. Après avoir découvert une grande partie de l'éminence, il reprit le scalpel pour sectionner fibre par fibre des adhérences trop fortes pour être déchirées. Elles tenaient dans

une espèce de gouttière où passaient le sterno-cléido-mastoïdien et l'artère carotide externe.

Cette gouttière formait un col à la tumeur et la portion située au-delà, que je pourrais peut-être appeler le pédicule, était située plus profondément dans les muscles. Se sentant à l'approche des vaisseaux, M. le chirurgien explora de nouveau avec ses doigts qui en glissant sur les parois pénétrèrent jusqu'à la partie interne du maxillaire inférieur. C'était là que s'insérait le produit anormal qui fut reconnu pour un adénome.

Les insertions présentaient des particularités qui me paraissent ce qu'il y a de plus remarquable dans le cas : divisées en trois groupes, elles étaient distribuées comme suit : 1o. Au bord interne inférieur du maxillaire inférieur ; 2o. à l'apophyse zygomatique. 3o. à l'apophyse mastoïde. Ici l'artère auriculaire postérieure fut coupée et ligaturée.

Le malade parut peu souffrir de cette opération, son appétit se maintint bien, il y eut peu de suppuration, qui était complètement arrêtée après trois semaines de soin. Les bords de la plaie alors étaient unis, à l'exception d'un espace d'un quart de pouce environ.

Prurit de la vulve.

Nous pouvons ordinairement juger si le prurit est dû à des troubles du foie ou non, en s'assurant si la bouche a un goût amer ; si tel est le cas, l'attention doit être de suite dirigée sur le foie.

Dans le cas persistant de prurit de la vulve. examinez toujours l'urine pour voir si elle contient du sucre, examinez-la à maintes reprises. Dans le diabète, le prurit dépend d'une plante de la famille des ferments, et est soulagé par le sulphate de soude ou l'acide carbolique. Dans le prurit opiniâtre accompagné d'ulcération, craignez le diabète.

—*Maryland Med. Journal.*

Hôtel-Dieu.

Les médecins qui ont fait le service régulier de l'Hôtel-Dieu, depuis le 1er juillet 1879 au 1er janvier 1880, sont MM. les Drs. J. A. S. Brunelle, J. E. Coderre, L. A. E. Desjardins, H. G. Desjardins, J. Gagnon, W. H. Hingston, A. C. Macdonell et F. X. Trudel.

1088 malades ont été admis; sur ce nombre 48 sont morts.

Les opérations pratiquées sont au nombre de 155, dont les principales, par le Dr. Hingston, sont :

Cinq cas d'hémorrhoides.	Une amputation de la jambe.
Quatre cas de pieds-bots.	“ “ du doigt.
Trois staphyloplasties.	“ adenome au cou.
Deux ovariectomies.	“ pied-bot.
Une castration.	“ squirrhe au sein.
“ adenome du sein.	“ staphyloplastie.
“ lipome à l'épaule.	“ cas de fausses cicatrices à la main, etc., etc.
“ kyste sous-maxillaire.	
“ amputation de la cuisse.	
“ amputation du doigt.	Par le Dr. L. A. E. Desjardins.
“ lythotomie.	
“ tenotomie du pectiné.	Vingt-quatre cas de cataracte.
“ cancer au sein.	Seize cantoplasties.
“ cas de nævus etc , etc.	Quinze iridectomies.
	Sept strabotomies.
Par le Dr. Brunelle :	Trois énucléations.
	“ dystichiasis.
Deux kystes à la tête.	“ dacryocystites.
“ fistules anales.	Deux ectropions (1 par greffe.)
“ lipomes à l'épaule.	“ iridotomies.
“ amputations de la cuisse	“ blepharo-phinosis.
“ enlèvements de sequestres dont 1 à la clavicule et l'autre au tibia.	Paracanthèses, tatouages, etc.

Ont été traitées plusieurs maladies chirurgicales telles que :

Ulcères et plaies	23	Rétrécissement du rec-	
Déviations de l'utérus	11 cas.	tum	2 cas.
Caries diverses	7	Engelures	2 "
Arthrites	7	Dislocations	2 "
Fractures (1 du crâne et 1 vert. cervical)	7	Elephantiasis	2 "
Epithéliomas	4	Lupus excedens	2 "
Cancers	3	Gangrène senile	1 "
Brulures	4	Diverses maladies de peau	18 "
Synovites	3	Etc., etc.	
Rétrécissement de l'u- rèthre	2		

Les principales maladies internes qui ont été rencontrées sont les suivantes :

Bronchites	47 cas.	Metrorrhagies	5 cas.
Fièvres graves	43	Chorée	4 "
Rhumatismes	40	Scrofule	4 "
Phthisie	24	Enterites	3 "
Syphilis	15	Hemoptisie	3 "
Adenites	15	Hernies	3 "
Laryngites	12	Métrites	3 "
Otites	11	Prostatites	3 "
Affections du cœur	11	Peritonites	2 "
Nevralgies	10	Ascites	2 "
Pneumonies	10	Gastro-entérites	2 "
Cystites	9	Melœna	2 "
Affections cérébrales	9	Gastrodynies	2 "
Paralysies	8	Ovarite	1 "
Affections graves du foie	8	Vaginite	1 "
Dyssenteries	8	Diphthérie	1 "
Erysipèles	8	Tétanos	1 "
Epilepsies	7	Emphysème (pul.)	1 "
Pleurodynies	6	Albuminurie	1 "
Asthme	5	Scorbut	1 "
Pleuresies	5	Etc., etc.	

J. E. BERGERON.

Interne à l'Hôpital Dieu.

Décision importante.

LE DR. MALLORY,

vs.

LE BUREAU DE MÉDECINE D'ONTARIO.

Le plaignant, le Dr Mallory, un diplomé canadien, qui s'était subséquemment qualifié et enregistré en Angleterre, demanda l'enregistrement au Bureau de Médecine d'Ontario. On lui refusa, et le Dr prit des procédés à la Cour du Banc de la Reine requérant le Bureau de démontrer pourquoi il ne pouvait être enregistré. La cause parut devant le Juge-en-Chef Hagarty, qui vient de rendre son jugement en faveur du plaignant. Le savant Juge fut très sévère vis-à-vis le Bureau, avertit ce corps de cesser d'extorquer quatre cents dollars d'honoraires d'enregistrement aux diplômés Britanniques enregistrés qui désireraient pratiquer dans la Province d'Ontario.

Nous sommes tout-à-fait satisfaits de cette décision, vu qu'elle comporte les opinions que nous avons émises précédemment, et nous félicitons de ce résultat le Dr. Mallory, et les autres qui se trouvent dans la même position. — *Canada Lancet.*

La Pelletierine comme anthelminthique.

Cette substance, le principe actif de l'écorce de la racine du grenadier, a depuis que que temps été employée en grand sur le ver solitaire (*tœnia medio-canellata*). On l'emploie sous forme de sulphate et de tannate.

Dans le but d'établir lequel de ces deux sels est le plus actif, M. Branger-Férand a institué une longue série d'essais. Voici le résultat de ses recherches :

10. Le tannate réussit (il tua le ver et l'expulsa en entier) dans 12 cas sur 14 ; dans les deux autres cas, il obtint quelque succès, seulement on ne put trouver la tête de ces vers.

20. Le sulphate ne produisit l'effet désiré que 7 fois dans 20 cas.

30. Le tannate paraît par conséquent préférable au sulphate, non-seulement pour cette raison, mais encore parce qu'il est moins propre à amener des nausées et des vomissements, et vu que, plus que le sulphate, il favorise l'action du purgatif dont il faut le faire suivre.

40. La dose du tannate doit varier de 40 à 50 centigrammes (de 6 à 7½ grs.)

50. Il faut le prendre en une seule dose, à bonne heure le matin, le dernier repas de la veille ne doit consister que de pain et de lait.

60. Il faut le faire suivre, un quart d'heure après, d'un purgatif de teinture de jalap, d'huile de ricin, ou de sulphate de soude, suivant les indications de chaque cas particulier. Le Dr. Bérenger est d'opinion qu'on doit obtenir une évacuation alvine aussitôt possible après l'ingestion du médicament et il conseille d'adopter les moyens les plus prompts d'obtenir cet effet, vu qu'il lui a semblé que les chances d'expulser la tête du tœnia étaient d'autant plus grandes que l'action purgative était plus rapide et plus complète. — *Glasgow Med. Journal.*

N. B. Nous devons à l'obligeance de R. J. Devins, Ecr., Pharmacien de cette ville, d'avoir pu examiner le tannate de pelletierine à sa pharmacie où ce remède nouveau et efficace est en vente.

De la rachialgie et de l'irritation spinale.

PAR M. POTAIN.

Nous avons actuellement, au no. 28 de la salle Ste. Adélaïde, une jeune fille de 20 ans, cuisinière, entrée dans le service il y a trois jours, avec les phénomènes morbides suivants : rachialgie intense réveillée ou provoquée par les pressions, même les plus légères au niveau des apophyses épineuses, courbature, douleurs vagues dans les jambes, et les hypochondres, le tout complètement apyrétique et accompagné d'un état catarrhal gastrique assez prononcé : inappétence complète, vomissement bilieux, etc. : ajoutons que cette jeune fille est pâle, qu'elle présente un souffle sibilant, hydrémique dans les vaisseaux du cou, sans souffle cardiaque néanmoins ; qu'elle est habituellement mal réglée et sujette à des palpitations et des accès d'étouffement assez fréquents.

Dans cet état un peu complexe le symptôme capital et prédominant est la *rachialgie*. Or c'est là un phénomène morbide qui se rencontre fréquemment en clinique, tantôt isolé, tantôt faisant partie du cortège habituel d'un certain nombre d'affections ; dans ce dernier cas on peut l'observer, soit pendant la durée des prolégomènes, soit pendant la période d'état de la maladie.

Les maladies pendant le cours desquelles on rencontre de la rachialgie sont nombreuses, les unes sont fébriles, les autres complètement apyrétiques.

a. Parmi les premières, il convient de citer en premier lieu les *fièvres éruptives* et surtout la *variole*, dans laquelle la rachialgie constitue l'un des symptômes dominants de la période prodromique ; la *fièvre intermittente*, la *grippe* si souvent accompagnée au début de douleurs lombaires, capables de rendre parfois le diagnostic hésitant. Vous trouverez encore de la rachialgie dans la *fièvre typhoïde* où, d'après Fritz, on l'observerait dans la moitié des cas, quelquefois même elle a

sur les autres symptômes une prédominance telles que cet auteur a pu décrire une *forme spinale de la dothiéntérie*. Les maladies de la moëlle ou de ses enveloppes donnent lieu presque toujours à de la rachialgie : dans la méningite spinale épidémique ce phénomène est fréquent, les moindres mouvements du rachis sont alors fort douloureux, mais la pression n'augmente pas la douleur (Ollivier, Tourdes) ; au contraire, dans la *myélite aiguë*, la rachialgie spontanée peut manquer mais il est facile de réveiller la douleur par une pression exercée sur les apophyses épineuses. Je me bornerai à vous signaler la *congestion de la moëlle*, l'*hématomyélie*, la plupart des *myélites chroniques systématisées*, et enfin le *rhumatisme spinal*, comme pouvant encore donner lieu à des douleurs rachidiennes.

b. La rachialgie n'est pas moins fréquente dans certaines affections apyrétiques :

Les *affections chirurgicales du rachis*, le traumatisme, la *carie vertébrale*, et surtout le *cancer des vertèbres* sont accompagnés souvent d'hypéresthésie rachidienne, de même les *anévrismes de l'aorte*, l'*arthrite rhumatismale* principalement celle de la *région cervicale*.

On la rencontre aussi dans le cours de certaines intoxications : la *sypphilis* (Fournier), la *pellagre* (Strambio), le *saturnisme* (Tamin-Despalles). Vous savez combien est fréquente la rachialgie liée aux *affections de l'utérus* ou des annexes, rarement elle est proportionnelle à l'intention de la maladie qui la provoque, et ce sont souvent une *exulcération légère du col de la matrice*, voire même un simple *catarrhe vaginal* qui donnent lieu aux douleurs lombaires les plus vives. Enfin il est de règle de rencontrer de l'hypéresthésie simple chez les *chlorotiques*, les *hystériques*, et dans certaines névropathies à manifestations proéiformes, dont l'ensemble fort complexe a été désigné par Bouchut sous le nom de *nervosisme*, affection très voisine de la *névropathie cérébro-cardiaque* de Krishaber.

Dans toutes ces affections de natures et d'origines diverses la rachialgie est un phénomène accessoire qui peut, à la rigueur, manquer dans de certaines circonstances, mais il est une maladie dont la douleur spinale, phénomène dominant, fait pour ainsi dire, tous les frais. Notre jeune malade de la salle Ste. Adélaïde nous en fournit un curieux exemple. C'est à la suite de fatigues excessives qu'est survenue chez elle l'hypéresthésie lombaire ; la courbature, la lassitude extrême qu'elle accuse, témoignent d'ailleurs que son organisme a été surmené ; puis, autour de la rachialgie qui semble la pierre angulaire de tout l'édifice morbide, nous trouvons groupés des palpitations fréquentes, des actes d'étouffement sans aucun signe d'une altération quelconque dans le cœur ni dans les poumons, de petits frissons répétés, des étourdissements, bourdonnements d'oreille. etc., avec absence complète de fièvre : cette ensemble morbide, en apparence assez compliqué, me paraît rentrer dans le cadre de cette affection, encore si mal déterminée aujourd'hui, qu'on désigne sous le nom d'*irritation spinale*, et dont je dois actuellement vous retracer rapidement l'histoire.

Le phénomène qui prime tout, ai-je dit, c'est la *douleur rachildienne* : celle-ci peut être généralisée à toute l'étendue de l'axe spinal, où bien localisée en certains points isolés de la région cervicale, dorsale ou lombaire ; elle peut survenir spontanément, d'autres fois elle a besoin d'être provoquée par les mouvements du malade ou la main de l'explorateur. Cette exploration, si utile pour démasquer la rachialgie quand celle-ci restent à l'état latent, doit porter sur le rachis et se pratiquer de différentes façons : par l'application d'une éponge imbibée d'eau tiède, par des piqûres légères faites sur toute la longueur de la colonne vertébrale ; mieux encore par la pression ou la percussion exercées avec le doigt, sur les apophyses des vertèbres.

Par cette investigation faite avec méthode, on arrive à préciser nettement le siège de la douleur, celle-ci pouvant n'oc-

cuper qu'une ou deux vertèbres seulement, ou bien même une série de vertèbres séparées par d'autres absolument indolores. La douleur qu'elle soit spontanée ou provoquée artificiellement, présente des caractères différents : certains malades accusent une sensation de froid, d'autres, au contraire, une brûlure intense, pour quelques-uns c'est un véritable déchirement ; enfin il faut savoir que, dans certains cas la douleur a une telle acuité que les malades avertis par une exploration antérieure, ont une répulsion instinctive, pour tout ce qui peut toucher leur rachis : un simple frôlement, le frottement des vêtements, voire même le décubitus dorsal. Il sera donc nécessaire, lorsque vous explorerez la colonne spinale pour la première fois, d'apporter une précaution extrême, sous peine de provoquer parfois une véritable syncope, ce qui s'est vu chez certains malades impressionnables à l'excès.

Par sa localisation spéciale, points douloureux apophysaires, la rachialgie sera facilement distinguée du *lumbago*, dans lequel la douleur est bilatérale et siège dans les masses musculaires logées de chaque côté du rachis ; du point postérieur de la *névralgie intercostale* presque toujours accompagné de deux autres points douloureux, point antérieur, point externe on s'appuiera également sur le fait que cette névralgie est uni-latérale.

Outre la rachialgie dont je viens d'établir les caractères, on rencontre encore dans l'irritation spinale des *irradiations douloureuses* en rapport avec le siège des points douloureux apophysaires ; si la rachialgie est localisée à la région cervicale, les irradiations rayonnent vers le cou, la tempe, les mâchoires, les membres supérieurs ; si l'hyperesthésie rachidienne est dorsale, c'est vers le thorax, la région mammaire, l'épigastre que se font sentir les élancements douloureux ; enfin la douleur spinale est-elle lombaire c'est dans l'abdomen, le pli inguinal et les membres inférieurs que s'étendent les irradiations.

La maladie ainsi constituée, il est de règle d'observer encore un certain nombre de *troubles fonctionnels*, fugaces et essentiellement variables. Les troubles sensoriels occupent une place importante : la *vue* est souvent trouble, il y a de l'amblyopie, de la diplopie, quelque fois même une cécité transitoire ; l'*audition* subit aussi les atteintes du mal, les troubles varient depuis le bourdonnement d'oreille le plus léger, jusqu'aux hallucinations les plus pénibles, bruit de roulement, de tonnerre, de sifflet aigu, ayant pour conséquence parfois des accidents vertigineux. Le *goût* et l'*odorat* quoique moins souvent touchés peuvent aussi subir des perturbations variées.

Du côté des organes thoraciques, les troubles ne sont pas moindres : palpitations, accès semblables à ceux de l'angor pectoris, lipothymie, syncope même, voilà pour le cœur ; à l'actif du poumon il faut rapporter la dyspnée, phénomène qui manque rarement, accompagnée d'une toux peu fréquente. Les troubles digestifs sont caractérisés par de la flatulence, de la gastralgie, des nausées, quelquefois même des vomissements. Lorsque la douleur rachidienne se confine dans la région lombaire, c'est de préférence vers les organes de la génération ou du côté de l'appareil urinaire, qu'on observe des phénomènes morbides, tels que : douleurs ovariennes, névralgies utérines ou recto-vésicales, dysuries, ténésme vésical, etc. Le système nerveux n'est pas épargné, la céphalalgie, les vertiges, l'insomnie persistante sont habituels ; moins fréquents peut-être sont les troubles intellectuels, variant, depuis une légère obnubilation des idées, jusqu'à la perturbation mentale plus ou moins complète. Enfin ce complexe pathologique déjà si vaste, peut encore s'agrandir par l'adjonction de phénomènes de l'ordre congestif qui prennent parfois une place importante dans l'évolution de la maladie ; c'est ainsi qu'on voit apparaître souvent l'hypéremie congestive ou bien des épistaxis, des métrorrhagies, des fluxions hémorrhoidales, enfin même des flux divers, catarrhe nasal, intestinal, etc.

Un des caractères les plus curieux de l'irritation spinale, c'est le rapport qui existe entre le siège de la douleur spinale, et les divers troubles fonctionnels que nous venons de passer en revue, et Hammond (*Spinal Irritation*.—*New-York Med. Rec.*, Cantwatt. 1870; II, 28), dans son travail, fait la remarque qu'on peut les provoquer par la simple pression du rachis comme on fait retentir la sonnette en pressant le bouton qui va la mettre en mouvement. La douleur cervicale s'accompagne de troubles des sens spéciaux, de désordres psychiques la douleur dorsale : de dyspnée, de cardialgie, d'accidents dyspeptiques; à la rachialgie lombaire correspondent les phénomènes douloureux de l'appareil génital et urinaire, des myalgies, des fatigues musculaires, de la névralgie sciatique des troubles moteurs des membres inférieurs, qui peuvent aller jusqu'à la paraplégie incomplète (Hammond, Kirshaber), quelquefois même des convulsions et des contractures dans les membres paralysés.

Ce qui caractérise surtout cette bizarre affection, c'est l'extrême mobilité des symptômes disparaissant et reparaisant avec la même rapidité, aussi est-il impossible d'assigner une limite exacte à la *durée* de la maladie; elle peut-être très-courte mais on l'a vue durer, avec des rémissions plus ou moins longues, pendant des mois et même des années.

Il convient de distinguer deux groupes parmi les causes qui engendrent l'irritation spinale :

a. Tout ce qui débilite profondément l'organisme est une *cause prédisposante* de la maladie; ainsi, la fatigue, l'allaitement prolongé, les hémorrhagies, l'insuffisance de l'alimentation, l'abus de l'alcool et du tabac, le rhumatisme ou la diathèse goutteuse rentrent de droit dans ce premier groupe;

b. Quant aux *causes occasionnelles*, elles comprennent surtout le froid, l'excès de travail intellectuel, les veilles tardives, l'abus des actes vénériens c'est-à-dire tout ce qui ébranle fortement le système nerveux.

La maladie est quelquefois héréditaire; quant au *score*, les

femmes y semblent tout particulièrement prédisposées : sur 112 cas, 93 ont été observés chez elles ; l'âge a aussi une certaine influence, car le plus grand nombre des sujets chez les quels on a rencontré ces accidents avaient de 15 à 25 ans.—
(Gazette médicale.)

(A continuer.)

Pathologie de la Phthisie pulmonaire.

PAR

N. B. SIZER, M. D.

Depuis les temps primitifs le genre humain entretient les craintes les plus grandes sur les terribles ravages de la phthisie. En effet, malgré toute la gloire et les progrès de notre siècle, plus des deux septièmes des mortalités sont dues à la consommation.

Examinons ensemble les poumons d'un tuberculeux, qu'y trouvons-nous ? Nous y voyons au sommet une masse solide, visible et qu'on qu'on sent tout à fait distinctement par la plèvre. Si nous faisons une incision, l'œil découvre de suite trois genres de lésions :

I. Des nodules de la grosseur d'une tête d'épingle ou un peu plus, gris, transparents, fermes au toucher, ce sont les *tubercules miliaires*.

II. Des masses plus considérables, d'une couleur gris blanc quelque fois jaunes et ramollies à leur centre, c'est la matière caséeuse ou le *tubercule cru* des auteurs anciens.

III. Des cavités de diverses grandeurs contenant une matière purulente de consistance pâteuse, exhalant quelque fois une odeur infecte. Ces cavités étant très évidentes furent de suite remarquées par les anciens.

Hippocrate, Galien et Rhazes considéraient la phthisie comme une simple inflammation qui détruisait les poumons par suppuration et gangrène.

Sylvius semble être le premier qui remarqua quelque chose de plus que les symptômes ordinaires d'inflammation. Il observa des noyaux, variables en grosseur qui, suivant lui, se transformaient en cavernes par ramollissement et décomposition. Ce fut lui qui donna à ces noyaux le nom de "tubercules" et il les regardait comme des glandes enflammées.

Bonnet (1679), décrit des poumons contenant des cavités et une "quantité innombrable de petits tubercules"; c'était évidemment des cas de tuberculose disséminée.

Mangetus (1700), compara le premier le tubercule au grain de millet, et se servit du mot *miliaire*.

Morton décrit en 1780 plusieurs sorte de phthisie mais il donna à chacune d'elles le tubercule comme premier principe.

Matthew Baillie (1793) dit que le tubercule est constant chez le phthisique, c'est le ramollissement de ce tubercule, dit-il. qui explique l'existence des cavernes, mais il confondit le tubercule miliaire avec la matière caséuse. Ce fut aussi lui qui, le premier, employa le terme "matière caséuse."

Portal (1809) accrut la confusion, en appelant tubercule une matière de consistance pâteuse.

Bayle (1810) décrit 900 cas de phthisie et les divise en tuberculeuse, granuleuse, melanotique, ulcéreuse, calcaire et cancéreuse. Il nie à la tuberculeuse toute dépendance de l'état inflammatoire des poumons.

Laennec, en 1837, énonça quelques données qui sont encore aujourd'hui respectées par plusieurs praticiens mais que le progrès moderne a rejetées sans pitié *comme fausses* en théorie et *dangereuses* en pratique.

Son erreur consiste à affirmer que toute masse caséuse avait une origine tuberculeuse ayant été dès le début à l'état de granulation miliaire grise. Il nie de plus que le tubercule ait une origine inflammatoire, qu'il puisse être la conséquence

d'une pleurésie ou d'une pneumonie ancienne, et enfin qu'un mauvais rhume ou même un catarrhe puissent le produire. Lui oppose-t-on que la phthisie résulte souvent d'une pneumonie mal guérie ; il éludera la question en nous affirmant sans le prouver que le *tubercule existait préalablement*.

Andral (1840) et *Louis* (1843), supportèrent plusieurs des avancés de *Laennec*, et en 1844 *Lebert* créa une profonde sensation dans toute l'Europe en annonçant la découverte d'une cellule tuberculeuse spéciale. Son "dada," avait toujours été de découvrir des cellules spéciales à chaque maladie, et il avait déjà réussi à découvrir une cellule dite cancéreuse, toutefois il n'avait pu réussir comme *Lostorfer*, dans la syphilis. Il trouva dans certaines masses caséuses, des corpuscules irréguliers, angulaires, variant de 0.06 à 0.012 m m. de grosseur ; les uns renfermant un noyau, les autres simplement granulaires.

D'accord avec *Laennec* il regardait toute formation caséuse comme tuberculeuse et il croyait avoir trouvé à coup sûr la cellule type de la tuberculose et avoir prouvé la théorie de *Laennec*.

Mais la terre tourne et cet édifice que nos pères ont élevé avec tant de peines, il faut le démanteler.

Virchow ouvrit le feu en 1847 et démontra qu'un changement caséux peut arriver dans tout tissu où la nutrition commence à faire défaut. Dans ces circonstances le tissu des cellules devient grasseux, se dessèche ensuite graduellement et se convertit bientôt en masse albumino-graisseuse, comparable à du fromage décomposé, et que l'on appelle matière caséuse.

Reinhardt commença vers cette date à supposer que *Lebert* avait observé une cellule morte quelconque et qu'il l'avait décrit comme étant un corpuscule tuberculeux. Ayant découvert en 1850 qu'un produit inflammatoire *quelconque* était apte à se convertir à temps donné en matière caséuse, il trouva que les fragments des cellules mortes de cette matière

caséuse, quelque fut leur origine, étaient analogues aux *corpuscules tuberculeux* décrits par Lebert.

Alors *Virchow* proposa de consacrer au granule miliaire seulement le nom de *tubercule*, vu que les masses caséuses que l'on trouvait dans le poumon pouvaient être les vestiges d'anciennes pneumonies ou d'autres affections inflammatoires.

Buhl, en 1858 et plus tard, fut le premier qui éclaira l'origine des lésions miliaires démontrant que dans la majorité des cas elles étaient le produit de l'infection, comme les abcès miliaires surviennent de la même manière dans la *pyémie*.

Il prouva de plus que la source de l'infection tuberculeuse doit être cherchée dans dans tout le corps humain dans quelque masse caséuse, quelque soit leur origine ; que les vaisseaux sanguins et lymphatiques transportaient des particules caséuses partout où elles pouvaient se loger, causant à ces endroits une irritation trop légère pour y causer de la suppuration et de la gangrène, mais assez forte pour amener un développement de cellules.

Buhl fit erreur, toutefois, en assurant que la formation de matière caséuse est de première nécessité. Nous savons aujourd'hui que *tout* produit inflammatoire caséux ou non peut suffire.

Villemin qui, en 1865, essaya de prouver que le tubercule était inoculable à l'égal de la syphilis produisit une grande sensation.

Il introduit des fragments de matière caséuse dans le péritoine ou autres organes de certains animaux, aussitôt la santé se détériore et la tuberculose miliaire se généralise.

De là, grande joie pour les adhérents aux théories de *Laennec* ! Ils avaient prouvé que la tuberculose était inoculable, et comme *Villemin* avait employé de la matière caséuse, c'était prouver que cette matière était *aussi* tuberculeuse.

Burdon Sanderson, *Wilson Fox*, *Cohnheim*, *Klebs* et autres, répétèrent la même expérience sur des animaux et prouvè-

rent que *tout* produit inflammatoire suffisait à les infecter, un simple séton dans la peau du lapin ou du cochon d'Inde suffit pour produire l'infection.

Ces résultats furent plus que suffisants pour renverser l'hypothèse de Laennec et pour prouver que toute substance irritante pouvait produire l'infection tuberculeuse.

L'on a trouvé que les vaisseaux sanguins et lymphatiques pouvaient transporter l'infection, que chez les animaux, les méninges n'étaient pas si souvent affectées que chez l'homme, et qu'enfin l'inflammation du tissu vasculaire précède celle des vésicules pulmonaires, tandis que chez l'homme le contraire est vrai. L'on trouve des animaux beaucoup plus enclins que d'autres à la tuberculose même avec de très-légères lésions.

Dans les cas des animaux des tropiques que renferment nos ménageries, nous trouvons plus d'analogie avec ceux des hommes, en effet un simple *catarrhe bronchique* apparaît, la *matière caséuse* et ses produits se forment ensuite, et enfin la mort est due à la *tuberculose pulmonaire chronique*.

Rindfleisch considère que l'on trouve chez l'homme scrofuleux une susceptibilité à la tuberculose égale à celle qui existe parmi les animaux : chez le lapin et le cochon d'Inde.

Nous savons, en effet, que chez le scrofuleux le moindre accident inflammatoire est lent dans sa marche, qu'il reste souvent longtemps stationnaire, et que les exudations surtout quand elles existent dans les glandes tendent à devenir caséuses.

Si nous examinons une exsudation scrofuleuse récente, nous y remarquons de grosses cellules brillantes, offrant un noyau segmenté, ces cellules sont supposées avoir émigré de leurs positions premières pour venir s'imprégner dans le plasma des tissus, elles tendent toutes à devenir grasses et à établir par leur accumulation un foyer caséux. Des faits analogues ont été remarqués dans le catarrhe scrofuleux, là c'est la muqueuse qui est doublée de ces cellules émi-

grantes qui se transportent et remplissent la sécrétion catarrhale de leur débris granuleux. Les vaisseaux lymphatiques et sanguins transportent ensuite, sans aucun doute, une partie de ses débris, de là l'infection scrofuleuse; toute inflammation produit nécessairement de ce détritüs.—(A continuer).

De l'Hymen et de l'Orifice Vaginal.

Par M. BUDIN.

On considère, en général, l'hymen comme une membrane qui ferme en partie l'orifice du vagin et qui est assez mince pour se déchirer pendant les premières approches sexuelles; au point de vue de sa structure, les uns admettent qu'elle est formée par un repli de la muqueuse du vagin, les autres qu'elle est constituée par l'adossement des muqueuses vaginale ou vulvaire. Ces descriptions ne correspondent pas d'une façon absolument exacte à la réalité.

Si après avoir examiné les organes génitaux d'une petite fille et avoir constaté que les grandes et les petites lèvres, le clitoris, le méat urinaire et l'hymen ont leur disposition normale, on vient à inciser la symphyse pubienne, puis à sectionner d'un côté les grandes et les petites lèvres, on arrive alors sur la face externe du canal vaginal. Ce canal est facilement isolable au milieu du tissu cellulaire, et il se termine par une partie arrondie, hémisphérique, sur le milieu de laquelle existe un orifice assez étroit. Cet aspect singulier frappe au premier abord. Où est donc l'hymen? Il ne paraît plus exister. Au-dessous du clitoris et du vestibule, on voit encore le méat urinaire, et au-dessous du méat, un orifice arrondi, qui n'est autre chose que l'orifice de terminaison du vagin; en abaissant le lambeau supérieur et en relevant le lambeau inférieur de la petite lèvre sectionnée, il est facile de reproduire entre les petites lèvres l'aspect de l'hymen et

de s'assurer, par conséquent, que cet hymen est constitué par l'extrémité antérieure du canal vaginal.

On peut donc considérer le vagin comme un véritable doigt de gant, présentant à son extrémité rétrécie un orifice circulaire, et c'est l'extrémité perforée de ce doigt de gant qui, venant s'insinuer et sortir entre les petites lèvres, constitue ce qu'on appelle l'hymen.

Il est facile d'ajouter d'autres preuves à celles fournies par la dissection. Lorsqu'on ouvre le vagin, on voit que les colonnes antérieure et postérieure, qui font saillie sur la muqueuse, viennent se continuer sur la face interne et jusque sur le bord de la membrane hymen ; quelquefois même, une des colonnes dépassant les bords de l'orifice forme un petit prolongement qui donne à l'hymen un aspect particulier.

Enfin, ce qu'on appelle l'hymen est en réalité plus épais que ne le laisseraient supposer ces expressions de repli de la muqueuse du vagin ou d'adossement des muqueuses vaginale et vulvaire. Un certain nombre d'anatomistes ont décrit du tissu cellulaire, des vaisseaux et des fibres musculaires lisses dans l'épaisseur de la membrane hymen. M. le docteur de Sinéty, dont on connaît la compétence spéciale, a bien voulu nous faire des coupes histologiques portant sur l'hymen, la vulve et le vagin d'une petite fille. On peut, en examinant ces préparations, suivre l'épithélium de la muqueuse vaginale sur la face interne de l'hymen ; il se continue avec l'épithélium de la muqueuse vulvaire qui en tapisse la face externe et entre ces deux muqueuses se trouve une couche assez épaisse de tissu conjonctif qui, à la base de l'hymen, se continue avec celui qui forme le paroi du vagin. Sur une de ces belles préparations faites par M. de Sinéty, on pouvait voir des sections des vaisseaux et même suivre la coupe longitudinale de l'un d'entre eux qui, venu de la paroi du vagin, s'avance dans l'épaisseur de la membrane hymen.

Ainsi donc, l'hymen, en tant que membrane propre, spéciale, distincte, indépendante, n'existe pas. La membrane qui

apparaît sous les yeux lorsqu'on examine les organes génitaux et qu'on a décorée de ce nom, n'est autre chose que l'extrémité antérieure du vagin faisant saillie sur la muqueuse vulvaire entre les petites lèvres; il résulte de cette description que la définition de l'orifice vaginal doit être modifiée. On ne peut plus dire avec J. Matthews Duncan "que la circonférence externe ou circonférence d'insertion de l'hymen constitue la limite exacte du vagin, le pourtour de l'orifice vaginal." C'est en avant, au niveau de la circonférence interne de l'hymen, qu'il faut reporter l'orifice du vagin; l'orifice hyménéal n'est autre chose que l'orifice vaginal lui-même.

Il nous est encore impossible d'expliquer quel est le développement embryologique de ces parties. Voici cependant un point que nous avons observé: En examinant les organes génitaux externes d'un fœtus de 4 mois, on voit que, entre les grandes lèvres et au-dessous du clitoris, les petites lèvres limitent un orifice véritable, orifice vulvaire. Entre ces petites lèvres, on ne trouve aucune partie qui fasse saillie; il n'y a pas de traces d'hymen, ni d'orifice vaginal.

Si on fait la coupe de la symphyse pubienne et la section latérale des grandes et des petites lèvres, on voit qu'il existe un canal de 5 à 6 millimètres environ, au fond duquel arrive l'extrémité antérieure arrondie d'un cylindre qui n'est autre chose que le vagin. Sur cette extrémité hémisphérique on voit un petit orifice. L'urètre est appliqué sur le paroi postérieure du vagin et vient s'ouvrir un peu au-dessus de l'orifice vaginal.

Au fur et à mesure que le fœtus se développe, l'orifice vaginal se rapproche de l'orifice vulvaire limité par les petites lèvres, il arrive bientôt à son niveau et finit par le dépasser. C'est lorsque le vagin s'est ainsi avancé à travers l'orifice limité par le bord interne des petites lèvres qu'on a l'apparence de l'hymen.

M. Budin montre à la Société un certain nombre de pièces anatomiques qui viennent à l'appui de ce qu'il avance.

Mais comment expliquer les aspects divers que présente cette membrane ? — Si le canal vaginal vient s'ouvrir tout près du méat urinaire, l'hymen a une forme semi-lunaire ou la forme d'un fer à cheval. Si l'orifice vaginal est au contraire situé plus bas et séparé de l'urèthre par une certaine bande de tissus, l'hymen a une forme circulaire. Si ces bords sont lisses et s'appliquent exactement l'un contre l'autre, l'orifice vaginal a l'aspect d'une fente verticale. Mais souvent ces bords sont irréguliers, frangés, dentelés, et quand ils font une saillie très marquée, pour peu qu'on les renverse en dehors, ils donnent l'aspect de la corolle d'une fleur. Quand on examine l'orifice lui-même du vagin, on voit qu'il est parfois assez petit, d'autres fois, au contraire, il est beaucoup plus large. Dans certains cas les bords de l'orifice sont rigides, dans d'autres ils présentent une souplesse, une dilatabilité qui étonnent. Ces diverses particularités, qu'on constate aisément chez la petite fille, peuvent aussi être retrouvés chez la femme adulte.

Ces dispositions anatomiques permettent d'expliquer très-facilement un certain nombre de phénomènes observés : 1o. au moment des premiers rapports sexuels ; 2o. pendant l'accouchement ; 3o. et quand se forment, après l'accouchement, les caroncules myrtiformes.

1o. *Rapports sexuels.*— On considère en général l'hymen comme une membrane qui se rompt au moment des premières approches sexuelles ; cette rupture ne se fait pas toujours sans difficultés. Les tentatives d'introduction du membre viril sont parfois pénibles, très-douloureuses, et quand la pénétration a lieu, il se produit une ou plusieurs déchirures de l'hymen, qui sont suivies d'un écoulement de sang en général peu considérable, d'autres fois, au contraire, très-abondant. On considère habituellement ces déchirures comme l'origine des caroncules myrtiformes. Il n'en est rien, ainsi que l'a très-nettement indiqué Schröder. Malgré l'existence d'une ou plu-

sieurs déchirures, on retrouve les bords de l'orifice vaginal qui existent complètement, qui ne sont nullement détruits, et, s'il y a eu déchirure, il n'y a pas eu perte de substance.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi : Nous avons dit que l'orifice vaginal était plus ou moins large et que ses bords présentaient une souplesse plus ou moins grande ; or, dans un certain nombre de cas, les premiers rapports sont un peu pénibles, mais possibles, quelquefois même ils sont faciles et peu douloureux pour la femme, et dans ces conditions il ne s'échappe pas une goutte de sang. Les amants mettent alors en doute la virginité de leurs maîtresses. Nous avons trouvés un certain nombre de cas de ce genre. Peut-être même est-il arrivé que des maris, la nuit de leurs noces, se sont estimés malheureux de ne pas rencontrer d'obstacles et ont eu les mêmes doutes. Ce sont des faits de ce genre qui ont conduit un certain nombre d'auteurs à nier l'existence de la membrane hymen. Quand on examine les organes génitaux chez ces femmes, on voit qu'il n'existe pas la moindre déchirure de l'orifice vaginal, les bords sont souples et laissent pénétrer un, deux et quelquefois même trois doigts ; on conçoit dès lors que le toucher vaginal et même l'introduction du speculum soit possibles chez certaines filles vierges. Ces faits de conservation de l'hymen ne sont pas excessivement rares, puisque M. Budin a pu, à la Clinique d'accouchement de la Faculté en observer treize cas dans l'espace de trois mois.

Enfin, dans certaines circonstances très-rares, les choses se passent d'une façon encore différente : les rapports sexuels, impossibles au début, ne deviennent possibles qu'au bout d'un certain temps ; il ne se produit aucune déchirure, il y a dilatation lente et progressive de l'orifice vaginal.

2^o *Accouchement.*—Tous les médecins savent qu'il existe en général une grande différence entre ce qui se passe chez les multipares et ce qui se passe chez les primipares pendant la période d'expulsion. Tandis que chez les femmes qui ont déjà eu

un ou plusieurs enfants cette expulsion est assez rapide, chez celles qui accouchent pour la première fois il s'écoule, au contraire, 1 heure, 2 heures et même davantage entre le moment où la tête traverse l'orifice utérin et celui où elle franchit l'orifice vulvaire. Chez les primipares, pendant la contraction, on voit la tête appuyer sur le plancher périnéal et la vulve s'entrouvir, puis la tête recède, et ces phénomènes se reproduisent pendant un temps assez long : cette période avait été appelée par une sage-femme qui avait assisté à beaucoup de naissances, « la période du désespoir » pour l'accoucheur. Enfin, après un temps assez long, la tête apparaît recouverte de sang, l'orifice vulvaire s'ouvre considérablement, et en deux ou trois douleurs l'enfant est expulsé.

Ce qui, chez les primipares, met le plus souvent obstacle à l'accouchement, c'est l'extrémité antérieure rétrécie du vagin, c'est l'orifice vaginal qui résiste mais finit par céder et se rompre. Si, en effet, lorsque la vulve s'entrouvre on glisse un doigt entre la tête et l'orifice vulvaire, les bords de cet orifice sont souples et se laissent facilement distendre, ce n'est donc pas cet orifice vulvaire qui empêche l'expulsion du fœtus ; mais si le doigt est introduit entre la tête et l'orifice vaginal, il constate la résistance de ce dernier dont les bords tendus forment une bride coupante ; c'est lorsque les bords de l'orifice vaginal se déchirent, que la tête apparaît couverte de sang, et le dernier obstacle constitué par la vulve est vite franchi.

On peut donc comparer ce qu'on observe au moment du premier accouchement à ce qui se passe dans les lanternes de voitures ; la bougie est introduite dans un tube cylindrique dont l'extrémité supérieure, hémisphérique, présente un orifice à son centre ; un ressort presse constamment la bougie contre cet orifice rétréci, qu'elle ne peut franchir. Pendant l'accouchement, c'est la contraction qui pousse la tête contre l'orifice vaginal également rétréci, lequel, après avoir résis-

té pendant un certain temps, finit par se rompre sous l'action des forces utérines.

Chez les multipares, les choses se passent en général différemment; lorsque la tête a franchi l'orifice utérin, elle descend dans le vagin, et l'orifice vaginal rompu dans le premier accouchement, ne présentant plus d'obstacle, la période d'expulsion est beaucoup plus courte.

3^o *Formation des caroncules myrtiformes.*—Après l'accouchement, l'aspect, non pas de la vulve, mais de l'orifice vaginal, est absolument changé; on ne trouve plus entre les petites lèvres de cercle déchiré ou intact formé par l'extrémité antérieure du vagin. Il y a, au contraire, des pertes de substances, ce qui constituait l'hymen a été détruit sur une étendue plus ou moins considérable; la vulve se continue à plein caual avec le vagin, et en certains points seulement, on trouve les caroncules myrtiformes, qui sont des débris de l'extrémité antérieure du vagin. Un certain nombre de causes concourent à donner à l'orifice vaginal son nouvel aspect.

a. Il y a d'abord une sorte de tiraillement, de déplissement; les bords de l'orifice vaginal qui faisaient une saillie de 5 à 6 millimètres avant l'accouchement ne mesurent plus, après l'expulsion du fœtus, que 1 ou 2 millimètres, quelquefois même ils ont complètement disparu par places.

b. Parfois l'effacement n'est pas marqué à ce point, mais les bords de l'orifice vaginal ont été contus, les tissus se gangrènent et tombent, une cicatrisation à plat succède à l'eschare. (Schröder.)

c. Les déchirures de l'orifice vaginal qui se produisent pendant l'accouchement s'étendent jusqu'à la muqueuse vulvaire qui est elle-même quelquefois lésée: lorsque la cicatrisation a lieu, les tissus qui formaient le pourtour de l'orifice vaginal reviennent sur eux-mêmes, se rétractent; il en résulte un écartement assez considérable souvent des lambeaux qui sont moins larges, plus épais, et forment ainsi les véritables caroncules myrtiformes.

d. Enfin, quelquefois on observe des petites languettes, des espèces de polypes pédiculés qui sont attachés à l'orifice du vagin. Ces sortes de polypes sont le résultat d'un décollement circulaire de l'extrémité antérieure du vagin. La tête appuyant de dedans en dehors sur l'orifice vaginal détache quelquefois sur une étendue plus ou moins considérable un lambeau circulaire qui, devenu libre par une de ses extrémités et resté attaché par l'autre, flotte à l'entrée du vagin.

Telles sont les causes multiples des déformations qui donnent à l'orifice vaginal un aspect caractéristique après l'accouchement, aspect absolument différent de celui qu'il présente lorsqu'il n'y a pas eu de grossesse, aspect qui peut permettre de dire presque avec certitude si une femme a eu ou non des accouchements à terme ou près du terme.

La disposition anatomique de l'orifice vaginal fournit donc l'explication d'un certain nombre de faits, et M. Budin dit n'avoir dans sa communication exposé que les principaux — (*Gazette Médicale*).

De la Propylamine dans le rhumatisme aigu.

Le Dr. Gastou de l'Indiana dit que cet agent peut maîtriser la douleur en 24 à 48 heures. Le Dr. Pyson de Philadelphie lui aussi le recommande là où le salicylate de soude est pour quelques raisons inapplicable. Sa formule est comme suit :

R Chlorure de propylamine..... grs. xxiv
Eau de Menthe..... ʒvj

Dose: ʒss toutes les deux ou trois heures. Son utilité a été apparente en vingt-quatre heures.—*Phil. Med. Times—Indiana Journ. of Med.*

Perte du Sens d'Identité personnelle.

S'il est une chose dont nous croyons avoir une connaissance certaine, c'est bien celle du fait que nous existons d'une existence propre. Ceci renferme l'idée de notre essence qui diffère de tout autre être, ou que nous avons une identité personnelle qui sépare le *moi* du *non-moi*. Que ce sens intime de notre propre individualité soit aboli est presque incompréhensible ; mais il faut bien en convenir devant les faits. Pour que cela arrive il suffit que la mémoire soit abolie, ce qui peut résulter de plusieurs conditions morbides quand les fonctions du cerveau sont troublées.

Dans les formes graves de fièvres, lorsque les fonctions du système nerveux sont sérieusement altérées par la haute température du sang, le sens intime est fréquemment détruit, et nous ne pouvons éluder la conclusion que le sentiment de l'identité personnelle est aboli pour le présent. Pour confirmer cette présomption nous avons l'apparition d'une démence aiguë après certaines fièvres, ce qui fait croire à un défaut dans la mémoire touchant les événements passés. Dans la plupart des cas de ce genre pour ne pas dire dans tous les cas qui nous sont rapportés, les malades ont recouvré la mémoire des événements passés et retrouvé plus ou moins le sentiment de leur identité personnelle. Le plus grand nombre des sujets atteints de démence secondaire chronique que l'on trouve dans nos asiles ont sans doute perdu la conscience de leur propre personnalité.

Cependant il est rare de trouver des cas où la mémoire d'une partie considérable de la vie soit effacée et ne soit ensuite jamais recouvrée. Lorsqu'un malade est atteint d'une telle affection et qu'il est entouré de ses parents et amis qui peuvent l'aider à recouvrer le souvenir des événements passés, le cas est remarquable et excite notre sympathie et notre commisération. Mais si le patient se trouve seul avec des étrangers, son état excitera d'avantage notre pitié.

Un cas de ce genre—c'est le premier—qui est rapporté dans le "*Brain*" du mois d'Aout 1879, par le Dr. William Sharpey Professeur Emérite d'Anatomie et de Physiologie, University College, Londres. Nous présentons ici un cours résumé de ce cas remarquable, référant nos lecteurs, pour plus de détails, à l'excellente feuille périodique ci-dessus mentionnée.

“ Les premières notes furent prises en 1824. La patiente Mme. H*** était âgée de 24 ans. Elle s'était mariée en Juillet 1813 et elle avait joui d'une assez bonne santé jusqu'à la fin d'Aout 1824, époque où elle devint sous l'observation du medecin. Elle avait souffert d'un léger malaise de mélancolie; son appétit était diminué, sa gaité était disparue, sa digestion la faisait souffrir, elle dormait plus que de coutume et elle s'imaginait être incapable de prendre soin de la maison quoique sa famille ne se composât que de son mari et d'elle-même.

“ Elle commença à dormir plus qu'à l'ordinaire, et elle éprouvait une sensation pénible de légèreté dans la tête. Le sommeil augmenta graduellement jusqu'à ne pouvoir plus s'éveiller. Il fallait la secouer rudement pour la tirer du sommeil. Plus tard, vers le 10 Juin, on ne put plus la reveiller et elle resta dans cette état jusqu'au commencement d'Août. Cependant elle essayait de se lever quand elle désirait satisfaire les besoins de la nature. Elle mangea et régulierement, avalant les aliments quand on les lui présentait aux lèvres et fermant la bouche comme signe que sa faim était apaisée.

“ A la fin de Juillet, elle sortit de cet état de torpeur à la suite d'une forte révulsion sur les intestins par l'huile de croton. La température du corps fut toujours normale pendant la maladie.

“ Lorsqu'elle sortit de sa torpeur, elle parut avoir oublié tout ce qui s'était passé avant sa maladie: tout lui paraissait nouveau, et elle ne reconnaissait personne, pas même ses plus proches parents. Dans ses manières elle était inconsistante et distraite, mais très gaie et très animée; tout ce qu'elle

voyait ou entendait lui faisait plaisir ; en un mot elle ressemblait plus à un enfant qu'à un adulte.

“Elle ne connaissait absolument rien, il lui fallut apprendre les mots et leur usage, l'alphabet et le nom des objets. Elle avait été bonne musicienne, et elle réappris la musique avec une très grande facilité : Il lui semblait qu'en ceci elle avait retenu une grande partie de son habilité. Elle recouvra rapidement toutes ses connaissances, et en beaucoup moins de temps que ne prend un enfant pour apprendre la même chose, de sorte qu'en quelque mois seulement elle avait recouvré presque tout ce qu'elle avait perdu. Jamais on ne put s'apercevoir qu'elle se rappelait de quelque chose des évènements passés avant sa maladie.

“Elle vécut heureusement avec son époux et donna naissance à une fille qui lui survit.”

Dans le même journal (Octobre 1879), le Dr. J. Mortimer Granville rapporte un cas à peu près semblable, bien que la perte de mémoire ne soit pas aussi absolue que dans le cas ci-haut mentionné. La guérison paraît avoir été satisfaisante mentalement et physiquement, mais il y eut le même oubli des évènements antérieurs à la maladie de l'individu. Cela est regrettable, spécialement quand on considère sérieusement le cas suivant. C'est le Dr. A. H. Hewater, de St. Clairsville, Ohio, qui nous rapporte ce cas dans “Hospital Gazette.”

“Le patient était âgé à peu près de 50 ans ; ses cheveux étaient bruns mêlés de gris. Il avait la mine d'un gentilhomme. Sa santé ne paraissait pas altérée. Il avait perdu toute connaissance de son identité personnelle ; il ne savait qui il était, d'où il venait ni où il allait. Il venait de passer neuf mois dans l'infirmerie du Comté. Tout son passé était effacé de sa mémoire. A cette époque on le trouva debout sur la plateforme du dépôt des chars à Bellaire City, avec un peu d'argent dans sa poche et un petit sac de voyage à la main. Ce sac contenait un habit de rechange, une paire de ciseaux et quelques feuilles de papier semblable à celui dont se-

servent les imprimeurs, ses habits étaient assez élégants, et le contenu de sa valise était bien propre. Toute son apparence nous faisait croire à un homme qui s'en va à ses affaires. La seule marque que l'on trouva sur ses habits fut " Ralph " nom qu'il porte maintenant. Après avoir réfléchi pendant longtemps, s'efforçant de se rappeler qui il était et d'où il venait, il gagna l'hôtel le plus voisin, où il raconta son étrange position et demanda un lit, pensant qu'après un peu de repos, cette étrange condition mentale disparaîtrait. Le même soir il assista à une lecture sur la tempérance sur l'invitation du lecteur. Pendant qu'il écoutait attentivement il lui survint une soudaine impulsion à la quelle il ne put résister, et bientôt on le trouva dans la rue brisant les vitres d'un hôtel avec un bâton. Les gamins étant arrivés le battirent et en abusèrent d'une manière brutale, lui brisant le col de l'humérus et le maltraitant beaucoup. Cette aventure l'amena entre les mains de la police, et ensuite dans l'infirmerie du Comté. On s'efforça de connaître qui il était, mais inutilement. Il conserva en tièrement toutes connaissances autres que celle de son identité personnelle. Ses facultés mentales ne faisaient défaut que sur ce point. Il est expert en fait d'écriture et de mathématiques.

" Pendant longtemps on crut qu'il feignait, mais maintenant nous sommes convaincus, après une longue observation, qu'il est ce qu'il dit être : un homme qui n'a aucune connaissance de son identité personnelle."

Comment une condition mentale si extraordinaire peut-elle survenir? Cette question est d'une grande importance pratique en vue du pronostic et du traitement. Sans la connaissance de son mode de production ou du moins sans une idée définie relative à la condition physique existante, nous nous sentons incapables de la soulager ni de la guérir. Cette connaissance est la plus importante parce que nous savons que cette condition est différente de tous les états morbides que nous rencontrons dans les fièvres essentielles,

la syphilis, la goutte et le rhumatisme. Ce n'est rien non plus des étranges aberrations qui peuvent étre réelles ou factices dans les cas d'hystérie. (*A continuer.*)

Recherches sur les dimensions de la tête du fœtus.

PAR MM. P. BUDIN ET A. RIBEMONT.

Les dimensions de la tête du fœtus à terme offrent un grand intérêt au point de vue des phénomènes mécaniques de l'accouchement. En effet, des modifications, même légères, dans les diamètres du crâne du fœtus ou dans ceux du bassin de la mère, peuvent être la cause d'obstacles à l'expulsion spontanée.

Simpson, en se fondant sur des chiffres pris dans le livre du docteur Collins, a montré que parmi les enfants qui meurent pendant la parturition, le nombre des garçons est plus grand que celui des filles, et que parmi les mères qui meurent des suites de l'accouchement, un bien plus grand nombre ont donné naissance à des garçons qu'à des filles. Ces résultats statistiques seraient expliqués : 1o. parceque les garçons pèsent en moyenne plus lourd que les filles (Clarke) ; 2o. parceque chez les garçons la circonférence de la tête est plus étendue que chez les filles (Clarke).

En France, Chéreau a confirmé les données de Simpson en se fondant sur les statistiques du département de la Seine. Mais, en Allemagne, Calper et Veil ont combattu les explications fournies par Simpson. Veil a essayé de montrer qu'à poids égal il meurt toujours au moment de la naissance plus de garçons que de filles.

Pfannkuch a repris la question, et dans un mémoire intéressant, il a montré : 1o. Que les garçons pèsent en moyenne plus lourd que les filles, ce qui paraît pour tout le monde

hors de discussion ; 20. pour lui, à poids égal, les diamètres de la tête seraient plus considérables chez les garçons que chez les filles.

Etant donné l'importance qu'on attache aux dimensions de la tête fœtale, on pourrait croire qu'on connaît exactement les chiffres des diamètres de la tête chez le fœtus à terme. Il n'en est rien ; il suffit de lire les auteurs classiques pour voir qu'ils ne s'entendent nullement sur l'étendue de ces diamètres. Nous avons donc pensé qu'il y aurait intérêt à établir, après examen d'un nombre suffisant d'enfants, les longueurs moyennes de chacun des diamètres de la tête chez le fœtus à terme. Nos résultats s'appuieront sur 211 observations minutieusement prises.

Nous avons choisi les diamètres définis par M. Budin dans sa thèse, diamètres qui ont en général des points de départ et d'arrivée précis, qui peuvent être facilement trouvés. Ces diamètres ont été mesurés de 48 à 72 heures après l'accouchement, au moment où la tête déformée par les pressions qu'elle a subies pendant l'accouchement paraît complètement revenue à sa forme primitive.

En cherchant quels étaient les diamètres de l'enfant à terme, nous nous sommes vite aperçus que ces diamètres variaient avec le poids de l'enfant. Nous avons alors élargi notre cadre, et ne tenant plus compte du qualificatif "enfant à terme", qui est souvent bien difficile à préciser, nous avons étudié les dimensions de la tête et la longueur du corps en rapport avec le poids de l'enfant.

Après avoir distingué deux séries : l'une comprenant les garçons, et l'autre les filles, nous avons divisé chacune des séries en six classes :

La classe A comprend les enfants qui pèsent de 1500 à 2000 gr.

— B	—	2000 à 2500
— C	—	2500 à 3000
— D	—	3000 à 3500
— E	—	3500 à 4000
— F	—	4000 à 4500

Nous avons obtenu des diamètres différents dans chacune de ces classes; on sait qu'à terme les enfants pèsent en moyenne de 3000 à 3500 gr. Nous avons donc pris les enfants garçons et filles appartenant à la classe D, et nous avons trouvé :

Diamètre occipito-mentonnier, qui va de la pointe de l'occiput au menton, 13 c.

Diamètre occipito-frontal, de la pointe de l'occiput à la racine du nez, 11 c. $3/4$.

Diamètre sous-occipito bregmatique, du point de rencontre de l'occipital et de la nuque au milieu de la grande fontanelle, au niveau du point où se croiseraient la suture sagittale et la suture pariéto-frontale, 10 c.

Diamètre bi-pariétal, ou diamètre transverse maximum postérieur, 9 c. $1/2$.

Diamètre bi-temporal ou diamètre transverse minimum antérieur, qui s'étend de la naissance de la suture pariéto-frontale d'un côté à la naissance de la suture pariéto-frontale du côté opposé, 8 c. $1/4$.

Diamètre bi-mastoïdien, d'une apophyse mastoïde à l'autre 7 c. $3/4$.

A ces diamètres, nous avons ajouté deux circonférences : l'une, grande circonférence, qui passe par les extrémités du diamètre antéro-postérieur maximum, 38 c. $1/2$; l'autre petite circonférence, qui passe par les extrémités du diamètre sous-occipito-bregmatique, 32 c.

A ces diamètres et à ces circonférences, nous aurions pu ajouter le diamètre sous-occipito-frontal et la circonférence qui porte le même nom et sur lesquels Mathias Duncan a récemment appelé l'attention; ce sont eux qui, pendant l'accouchement par le sommet, l'occipital venant s'appliquer sur le bord inférieur de la symphyse pubienne, distendent au maximum la commissure postérieure de la vulve et produisent souvent au moment de leur passage la déchirure de cette commissure et du périnée.

Le diamètre sous-occipito-frontal mesure presque 1 c. de plus que le diamètre sous-occipito-bregmatique ; il a donc 11 c. environ. Quant à la circonférence sous-occipito frontale, elle est de 1 c. à 1 c. 1/2 plus considérable que la circonférence sous-occipito bregmatique. Donc, la tête, pour sortir, doit trouver au niveau de l'utérus, du vagin et de la vulve un canal et des orifices dilatés au point de mesurer de 33 à 33 c. 1/2 de circonférence et 11 c. de diamètre.

On peut en déduire que les incisions qui devront être faites sur la paroi abdominale et sur la paroi utérine, lorsqu'on pratique l'opération césarienne, devront mesurer de 16 à 17 c. de longueur, afin que leurs lèvres puissent, en s'écartant, limiter une circonférence capable de laisser passer la circonférence sous-occipito frontale.

En comparant les chiffres obtenus dans les différentes séries, MM. Budin et Ribemont ont vu que tous les diamètres de la tête augmentent d'une façon progressive au fur et à mesure que le poids du fœtus s'accroît. Mais, quoiqu'en ait dit Pfaunkuch, les diamètres de la tête ne sont pas à poids égal, plus considérables chez les garçons que chez les filles. Ce n'est donc pas le sexe mais le poids de l'enfant qui fait varier le volume de la tête.

La longueur du corps augmente aussi avec le poids total de l'enfant. Ainsi on trouve pour les garçons les chiffres de 41 c. 3, 45 c. 7, 47 c. 1, 49 c., 50 c. 2, 51 c. 1, correspondant aux classes A, B, C, D, E et F. Pour les filles on trouve une augmentation progressive analogue.

Enfin, ces augmentations des diamètres de la tête et de la longueur du corps, si elles sont progressives, sont cependant loin d'être proportionnelles avec l'augmentation du poids de l'enfant. En effet, si on prend les enfants de la classe F qui pèsent un peu plus de 4,000 grammes, c'est-à-dire qu'ils ont un poids presque double, on voit que les diamètres de la tête arrivent dans cette dernière série à mesurer 1 et même parfois 2 c. de plus. Ces diamètres, tout en ayant subi une

augmentation notable et très-importante au point de vue du mécanisme des difficultés de l'accouchement, sont cependant bien loin d'avoir doublé comme les poids.

Du traitement de l'ophtalmie sympathique par la section des nerfs ciliaires et du nerf optique substituée à l'énucléation de l'œil.

Tous les médecins connaissent la gravité de l'ophtalmie sympathique. Une fois développée, elle suit le plus souvent une marche progressive qui amène la perte de l'œil, quel que soit d'ailleurs le traitement institué. Aussi les ophtalmologistes n'ont-ils pas hésité à conseiller et à pratiquer l'*énucléation préventive* de l'œil primitivement malade ou blessé, dès que le plus petit symptôme permet de craindre l'irritation sympathique de l'autre. Quand cette irritation s'est déjà manifestée et que l'ophtalmie sympathique est en voie d'évolution, l'énucléation de l'œil primitivement atteint s'impose, encore au chirurgien pour donner quelque chance de succès aux moyens thérapeutiques qu'il oppose à cette cruelle complication.

Mais ce qui, dans l'esprit des ophtalmologistes, ne semble plus laisser aucun doute, ne saurait paraître aussi évident aux malades, et il en est un assez grand nombre qui, en présence d'une mutilation aussi pénible que celle de l'œil, et malgré les perfectionnements de la prothèse oculaire, hésitent à se laisser convaincre et à subir cette opération. Pendant ce temps l'ophtalmie sympathique se développe, gagne du terrain, et le malade est voué à une cécité incurable.

On comprend par là que ces ophtalmologistes se soient demandé si la formule : « hors de l'énucléation point de salut » était vraie d'une manière absolue, et s'il n'était pas permis de lui substituer une opération aussi efficace dans ses effets,

moins radicale, et, par suite, plus facilement acceptée par les malades. Il paraît démontré aujourd'hui que l'irritation sympathique se transmet d'un œil à l'autre par les nerfs ciliaires, et peut-être aussi par le nerf optique. La suppression de cette voie de transmission par la section des nerfs est venue tout naturellement à l'esprit pour prévenir le développement de l'ophtalmie sympathique ; mais il restait à voir si les faits répondraient à l'idée théorique.

En 1876, M. Boucheron a présenté sur ce point, à la Société de Biologie et à l'Académie des sciences, une note que nos lecteurs trouveront *in extenso* dans la GAZETTE MÉDICALE de la même année, p. 442. Après un court historique de la question, l'auteur fait connaître le résultat des expériences qu'il a entreprises sur des animaux pour savoir quelle serait la conséquence de la section des nerfs ciliaires et du nerf optique en arrière de l'œil. Dans la majorité des cas, et en opérant sur des animaux sains et robustes, il a vu que, consécutivement à l'opération, l'œil peut être conservé. D'autre part, il rappelle quelques faits de section accidentelle des mêmes nerfs qui démontrent que, chez l'homme comme chez les animaux, cette section n'entraîne pas de troubles trophiques de l'œil.

Depuis cette époque, la question a fait un grand pas en passant du terrain expérimental sur le terrain clinique : c'est ce que signale M. Boucheron dans une deuxième Note qu'il a présentée lundi dernier à l'Académie des sciences, par l'intermédiaire de M. Bouley. Plusieurs ophthalmologistes, Schœler en Allemagne, Dianoux, Abadie, Dor, Meyer en France, ont pratiqué avec succès la section des nerfs ciliaires et du nerf optique, et cette opération tendra certainement désormais à se substituer de plus en plus à l'énucléation dans le traitement préventif de l'ophtalmie sympathique. C'est là, comme le dit M. Boucheron, une nouvelle et précieuse conquête de la chirurgie conservatrice.

Un interne distingué des hôpitaux, M. Paul Redard, a fait cette année sa thèse inaugurale sur le sujet qui vient de nous

occuper. On trouvera, dans ce travail, une étude complète de la question avec un historique impartial et nombre de documents, publiés ou inédits, fournis par l'anatomie, l'expérimentation animale et l'observation clinique. La conclusion de l'auteur, au point de vue du traitement de l'ophtalmie sympathique est que, comme moyen préventif, la névrotomie est supérieure à l'énucléation; qu'il en est de même dans les formes bénignes de l'ophtalmie sympathique; mais que, dans les formes graves de cette affection, l'énucléation reprend sa supériorité, du moins jusqu'à nouvel ordre. « Il vaut mieux, dit sagement M. Redard, pratiquer une opération dont les résultats indiscutables nous sont connus, que d'essayer un traitement chirurgical dont la valeur curative nous est inconnue. » Maintenant à quoi peut-on reconnaître qu'une ophtalmie sympathique restera bénigne ou deviendra grave? Ne rencontre-t-on pas souvent des cas insidieux dans lesquels le pronostic, d'abord favorable, doit être ensuite modifié? Nous laissons à de plus compétents que nous le soin de répondre. Il nous suffit d'avoir appelé l'attention de nos lecteurs sur une opération qui marque un progrès notable dans la chirurgie oculaire, alors même que l'expérience clinique limiterait au traitement préventif de l'ophtalmie sympathique, la suprématie de la névrotomie sur l'énucléation.—*Gaz. Médicale.*

Traitement non-mercuriel de la syphilis.

Le Dr. J. P. H. Bodian, (*British Med. Journ.*), rapporte plusieurs cas de syphilis ainsi traités : *bains chauds dans tous les cas*—sans exception; à l'intérieur, l'iodure de potassium, le nitrate de potasse, l'opium, le quinquina; localement, l'acide nitrique fumant, le nitrate d'argent ou le sulphate de cuivre. Pas de rechutes.—*St. Louis Clin. Record.*

Remède contre la Phthisie.

On s'occupe beaucoup de la découverte médicale, faite par un agrégé de la faculté de Greifswald, confirmée et développée par le célèbre professeur Rokitansky, de la faculté de Vienne (Autriche).

A la charité de Berlin on fait en ce moment des études pratiques. On s'en occupe aussi à Paris.

Le remède en question consiste dans l'application de *natron benzoicum* et de créosote, partie par inhalation, partie par injection aux phthisiques, pour enrayer la propagation des bactériens découverts dans les tubercules des malades.

Voici un extrait du rapport officiel adressé à l'académie de médecine de Vienne sur le mode d'application de ce système à la clinique de M. le professeur Rokitansky à Inspruck.

“ Le procédé employé dans la clinique du professeur Rokitansky, dit le rapport, procédé qui doit être scrupuleusement observé en ce qui concerne les inhalations et autres prescriptions est le suivant : Le malade devra être pesé chaque jour, attendu que la quantité de *natron benzoicum* à inhaler doit être en stricte proportion avec le poids du corps, si le malade pèse par exemple 50 kilos, il doit inhaler 50 grammes de *natron benzoicum*. Cette quantité de natron doit être dissoute en 800 grammes d'eau distillée.

“ Les inhalations se font deux fois par jour, matin et soir, par le pulvérisateur Siegel ; chaque fois il faut donner la moitié de la quantité proportionnelle de natron au poids du corps, constaté le matin. Le malade doit ouvrir, lors de l'inhalation, la bouche autant que possible, et tirer le bout de la langue par une compresse, afin que le courant de natron trouve une voie de passage aussi large que possible. En même temps le malade doit aspirer profondément, mais tranquillement. Une toux se manifeste aussitôt, et le malade rejette des crachats parulents, souvent en quantité énorme. Cette toux est aussi nécessaire que salutaire. Le malade éprouve peu

de temps après un fort appétit, qu'il faut satisfaire de la façon la plus large. Il faut lui donner autant que possible des substances grasses, tels que beurre, lard, huile de foie de morue ou de la glycérine mêlée à du vin. Il faut en outre veiller à ce que le malade respire jour et nuit un air pur, frais et non vicié. Le repos doit alterner avec le mouvement, un trop long repos est nuisible. Si les muscles respiratoires sont trop amaigris, M. le professeur Rokitansky ordonne leur faradisation."

Bibliographie.

"La Santé pour tous ou notions élémentaires de physiologie et d'hygiène à l'usage des familles suivies du petit guide de la mère auprès de son enfant malade par le Dr. Severin Lachapelle, Montréal; Compagnie d'Imprimerie Canadienne 1880 pp. 316."

Nous accusons réception de cet ouvrage que l'auteur a divisé en trois parties, comprenant: l'hygiène du corps ou l'hygiène physique, l'hygiène morale ou l'hygiène de l'âme, et l'hygiène selon l'âge de l'homme.

Dans la première partie, l'auteur étudie l'hygiène des fonctions de nutrition et des fonctions de relation. La seconde partie est consacrée à l'imagination, à la volonté et à la raison. Enfin dans la troisième partie, il considère les âges, les tempéraments et les professions.

Cet ouvrage est suivi du petit guide de la mère auprès de son enfant malade. L'auteur y traite d'un grand nombre des maladies qui se rencontrent chez l'enfant, mettant la mère en état de reconnaître la nature de la maladie et le traitement le plus convenable en attendant l'arrivée du médecin. C'est ainsi qu'il parle de la pneumonie, de la néphrite albumineuse, la diphthérie, la coxalgie, le purpura, les maladies de la peau et des yeux.

Nous n'avons pas de doute que ce livre atteindra le but auquel il est destiné.